Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b22406359

8

DE
L'INOCULATION SECONDAIRE DE LA PEAU

PAR LES

FOYERS TUBERCULEUX

SOUS-CUTANÉS OU PROFONDS

8.

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 27 mai 1904

PAR

EMMANUEL NÉMORIN

EX-INTERNE DES HÔPITAUX

Né à l'île Maurice

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET ROUMÉGOUS, RUE VIEILLE-INTENDANCE

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻), Doyen.
FORGUE, Assesseur.

Professeurs

Clinique médicale.	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie.	GRYNFELTT.
Id. Chargé du cours, M. Vallois.	
Thérapeutique et Matière médicale.	HAMELIN (✻).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies ment. et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie.	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et Appareils.	ESTOR.
Microbiologie,	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.).

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), BERTIN-SANS (✻)
Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	PUECH, agrégé.
Clinique annexe des maladies syphil. et cutan.	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	JEANBRAU, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en Exercice

MM.	MM.	MM.
BROUSSE.	VALLOIS.	IMBERT L.
RAUZIER.	MOURET.	VEDEL.
MOITESSIER.	GALAVIELLE.	JEANBRAU.
de ROUVILLE.	RAYMOND.	POUJOL.
PUECH.	VIRES.	

M. IZARD, *Secretaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. CARRIEU, *président.*
GRANEL, *professeur.*
BROUSSE, *agrégé.*
de ROUVILLE, *agrégé.*

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE BIEN AIMÉS

A MON PARRAIN

A MA FIANCEE

MEIS ET AMICIS

E. NEMORIN.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur CARRIEU

Professeur de clinique médicale

A Monsieur le Professeur GRANEL

A Monsieur le Professeur agrégé BROUSSE

A MES MAITRES

A Monsieur J. RÉSAL

Ingénieur en chef des Ponts et Chaussées
Professeur à l'École des Ponts et Chaussées
Officier de la Légion d'Honneur

E. NEMORIN.

INTRODUCTION

Après la démonstration de la nature parasitaire du tubercule à l'aide du microscope et des cultures par Koch en 1882, on se demanda quelles étaient les portes d'entrée du bacille, et on s'aperçut que l'inoculation de la tuberculose à la peau est en clinique un fait d'observation courante : on comprend bien, en effet, que la surface cutanée est plus exposée à toute inoculation que d'autres parties de l'organisme par sa grande étendue et sa situation superficielle. Si d'un autre côté nous remarquons qu'à cause de cette position on peut aisément découvrir les lésions qui apparaissent et évoluent à son niveau et par suite les mieux surveiller, nous ne nous étonnerons pas de voir rapporter de nombreux cas d'inoculation de la tuberculose à la peau (Verneuil, Verchère, Eschernnig, Hanot, Schæchman, Merklen, Martin de Magny, P. Raymond, Jeanselme, Lefèvre, Vallas, Lenoir, Jadassohn).

Il est vrai que dans la plupart des cas observés publiés, le bacille a infecté une région de dehors en dedans, ce qui est un mode d'inoculation assez fréquent. Mais la peau peut être aussi lésée par le bacille venu du dedans.

En effet, qu'une adénite, une gomme, une ostéite viennent évacuer leur liquide purulent au niveau de l'épiderme par une fistule, et nous comprendrons dans ce cas que la peau mal nourrie, sans cesse souillée par un pus dans lequel elle macère en quelque sorte, s'infecte et présente une lésion tuberculeuse, car l'épiderme qu'il désagrège met le derme à nu et

celui-ci recueille quelques bacilles qui se développent pour former une telle lésion.

Genre de lésion. — Nous étudierons plus tard ce cas; mais, pourrait-on dire, les abcès bacillaires ouverts à l'extérieur à travers la peau sont nombreux ; les fistules difficiles à guérir se voient continuellement et cependant la tuberculose cutanée produite par le mécanisme que nous étudions est très rare. D'où vient ce manque de logique? Deux raisons expliquent cet illogisme apparent. Nous savons que dans toute infection deux facteurs se trouvent en présence : les bacilles dont le nombre et la virulence variables rendent l'action inconstante ; le terrain qui est plus ou moins prêt à favoriser l'évolution des germes récemment reçus. Dans le cas particulier qui nous occupe, les deux facteurs s'associent pour rendre difficile une inoculation. Le bacille est rare dans le pus des fistules ; la peau est un mauvais terrain pour le développement de la tuberculose.

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le professeur agrégé Brousse, un cas de tuberculose verruqueuse développée sur une cicatrice de synovite tuberculeuse du cou-de-pied opérée et guérie. Il nous a paru intéressant de publier ce cas nouveau et de jeter à cette occasion un coup d'œil d'ensemble sur cette question relativement nouvelle de l'inoculation secondaire de la peau consécutive à des foyers tuberculeux ou profonds.

Arrivé à la fin de nos études dans cette Faculté, nous sommes heureux de témoigner toute notre reconnaissance à ceux qui se sont intéressés à nous durant notre scolarité.

Nous remercions tout d'abord M. le professeur Carrieu de

l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Durant les années qu'il nous a été donné de suivre ses leçons, nous avons pu apprécier son amabilité et la haute valeur de son enseignement.

Nous remercions également M. le professeur Mairet, doyen de la Faculté de Médecine, dont nous avons été l'interne. Par sa bonté et la sollicitude qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner, il a droit à toute notre reconnaissance.

Nous remercions M. le professeur agrégé Brousse pour le bon accueil que nous avons toujours trouvé pres de lui ; il fut l'instigateur de cette thèse. Ses précieux conseils en cette circonstance nous ont permis de mener à bien notre tâche.

Nous garderons le meilleur souvenir des trois années que nous avons passées à l'Hôpital Général, comme aide à la clinique des consultations chirurgicales. Nous y avons retiré le plus grand fruit des savantes leçons de nos maîtres, MM. les professeurs agrégés G. de Rouville et L. Imbert.

Nous remercions d'une façon toute particulière MM. les docteurs Ardin-Delteil et Soubeyran, professeurs agrégés, qui nous ont guidé dans la préparation du concours de l'internat. Les circonstances nous conduisirent à l'hospice civil d'Arles comme interne. Messieurs les membres de la commission administrative des hôpitaux d'Arles et en particulier son aimable secrétaire, M. A. Rousseau, voudront bien agréer mes sentiments de profonde sympathie.

Le conseil municipal de la ville d'Arles, son dévoué maire M. H. Nicolas, voulurent bien, à la suite des épidémies de fièvre typhoïde et variole, me témoigner toute leur confiance en me désignant pour diriger le service d'hygiène.

Qu'ils reçoivent ici l'expression de ma plus vive gratitude

pour l'honneur qu'ils m'ont fait en me confiant ces fonctions délicates.

Que nos anciens collègues des asiles de Montpellier et des hôpitaux reçoivent ici tous nos remerciements pour les heures gaies qu'ils nous ont fait passer à la table de l'internat.

MM. les docteurs Béraud, Talon, Urpar, Morizot et F. Rey, par la sympathie qu'ils nous ont toujours témoignée pendant notre séjour à Arles, ont acquis tous les droits à notre reconnaissance.

Nous remercions tous nos compatriotes de l'intérêt qu'ils n'ont cessé de nous témoigner, en particulier M. le professeur F. Jadin de l'École de pharmacie de Montpellier, dont l'amabilité, le désintéressement sont au-dessus de tout éloge. Il est de ceux qu'on n'oublie jamais.

M. le professeur Flahault voudra bien voir dans ce modeste travail le témoignage d'une profonde reconnaissance de mes compatriotes et de la mienne.

Nous remercions MM. les docteurs Sarradon, interne des hôpitaux de Montpellier, R. Peyre, médecin stagiaire au Val-de-Grâce, et G. Répanis pour l'aimable collaboration pendant nos années d'étude, que leur vive amitié ne m'a pas ménagée.

Merci, en terminant, à mon ami le docteur Sarradon pour l'intéressante observation qu'il a bien voulu mettre à ma disposition.

DE L'INOCULATION SECONDAIRE DE LA PEAU

PAR LES

FOYERS TUBERCULEUX

SOUS-CUTANÉS OU PROFONDS

HISTORIQUE

Nombreux ont été, avant 1884, les articles dans les œuvres classiques et les revues d'ensemble sur les portes d'entrée du bacille de Koch et cependant aucun de leurs auteurs n'a mentionné la forme de tuberculisation de la peau qui va nous occuper.

En 1880, Neuman, le premier, a observé ce genre de tuberculose cutanée secondaire ; il n'y insiste pas et n'en parle qu'incidemment; il signale cependant la fréquence des lupus au pourtour des orifices fistuleux provenant de l'ouverture d'abcès scrofuleux.

Pendant 4 ans on ne paraît plus s'occuper de cette question. En 1884, Renouard, dans sa thèse si documentée et si pleine d'idées, pose et résout le problème. « L'ouverture spontanée ou chirurgicale d'une adénite cervicale, sous-maxillaire,

sous-mentale ou pré-auriculaire », fut devant lui jusqu'à 22 fois l'origine d'un lupus. Il ajoute même à ces causes l'ouverture d'une gomme à la peau.

D'ailleurs, parmi les observations que publie Renouard, il en est une due à Besnier qui relate le cas du lupus dû à une fistule d'origine osseuse. Cette dernière origine est comptée comme assez fréquente grâce aux deux cas apportés par Voelkman, à l'observation d'une tuberculose verruqueuse d'origine osseuse par Lyol et Gautier et plusieurs autres cas récents.

Liebreicht, vers la même époque, montre l'influence des viscères tuberculeux sur le développement de la tuberculose cutanée secondaire.

Leloir établit la nature tuberculeuse du lupus.

Jeanselme, au congrès pour l'étude de la tuberculose, met en partie la question au point et apporte de nouvelles observations.

A partir de ce moment la question devient pour ainsi dire classique, et nous la trouvons étudiée, quoique brièvement, dans le traité de Kaposi et dans la pratique dermatologique.

En 1900 paraît l'observation de MM. Brousse et Ardin-Delteil qui est si instructive et si intéressante à plusieurs points de vue; nous la rapportons et la discutons.

Ce travail a donc pour but de démontrer par une observation nouvelle et par une critique des travaux antérieurs, que certains cas de tuberculose cutanée peuvent être produits par une inoculation venue de dedans en dehors.

Et nous touchons là à une question plus générale, délicate et discutée : celle des tuberculoses cutanées.

Nous cherchons aussi à mettre un peu d'ordre et de hiérarchie dans leur classification.

Avant de parler d'inoculation de la tuberculose à la peau, il faut en effet s'entendre sur le sujet, savoir ce qu'on entend

par tuberculose cutanée, et quelles sont les lésions qui peuvent entrer dans ce cadre.

Nous allons donc tâcher de limiter aussi nettement que possible le sujet, et de voir quel lien en unit les divisions.

D'accord avec Brocq et Jacquet, nous établirons ainsi la classification :

1° Lésions tuberculeuses de la peau résultant de l'inoculation directe de l'agent pathogène de la tuberculose.

A. Tubercule anatomique.

B. Tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf.

C. Les lupus.

2° Lésions tuberculeuses de la peau, semblant être le résultat de l'infection générale de l'économie.

Tuberculoses secondaires par infection générale.

A. Ulcérations tuberculeuses proprement dites de la peau.

B. Gomme scrofulotuberculeuse.

Toxituberculides.

Tubercule anatomique

On appelle tubercule anatomique une lésion cutanée à évolution très lente, d'aspect en général papillomateux et qui s'observe surtout aux doigts et à la face dorsale de la main.

L'inoculation des produits tuberculeux à la peau produisant le tubercule anatomique, il est très logique de trouver celui-ci surtout chez les sujets exposés par leur profession à une pareille inoculation : par exemple les médecins ou garçons d'amphithéâtre, les vétérinaires et les bouchers.

Le point de départ des tubercules est facile à retrouver dans bien des cas ; c'est une écorchure dans une autopsie de phtisique, une piqûre en manipulant un objet infecté. Parfois cependant on ne sait à quelle cause attribuer l'apparition

du tubercule anatomique ; on en est réduit alors à des hypothèses.

Description. — Après un traumatisme reconnu ou non, apparaît une petite croûte d'apparence banale. Celle-ci enlevée, on voit une exulcération qui ne guérit pas. La base s'indure et s'entoure d'un étroit liséré rouge livide ; mais la perte de substances ne s'arrête pas là et nous voyons à son niveau se développer une série de saillies papillaires couvertes de squames qui, par nécrobiose ou par formation de minuscules gommes, laissent sourdre une goutte de pus.

Un îlot de 1 à 4 centimètres, voilà ce que la lésion est devenue insensiblement après des années. Si nous l'examinons à ce moment, nous sommes frappés de sa ressemblance avec une tuberculose verruqueuse quelconque. En effet sa couleur est rouge livide et sa surface est recouverte de masses cornées, dures. Il est indolent, en général, mais la pression détermine de la douleur à son niveau. Le tubercule anatomique aussi développé peut rétrocéder ou s'étendre mais très lentement.

Parfois cependant des phénomènes inflammatoires accompagnent l'évolution, établissant ainsi une suppuration abondante.

Dans certains cas la lésion est le point de départ de traînées de lymphangite tuberculeuse gommeuse.

Tel le tubercule anatomique se montre à l'œil nu ; si nous voulons nous rendre compte de sa structure, nous trouverons : un développement successif de la couche épithéliale, un nombre très grand de cellules géantes et de follicules tuberculeux et une tendance remarquable à la sclérose.

Moyor, Dubreuilh, Sanguinetti et Bouven y ont vu le bacille de Koch.

Dans quelques cas l'inoculation aux cobayes a donné des résultats positifs.

Nature. — L'examen histobactériologique paraît donc bien démontrer que le tubercule anatomique est provoqué par le bacille de Koch. Cependant cette influence du bacille tuberculeux a été niée par Quinquaud pour plusieurs cas; pour lui, le tubercule anatomique aurait beaucoup d'analogies avec la forme papillomateuse des périfolliculites suppurées en placards.

Lupus scléreux (E. Vidal)

Apparition de taches rougeâtres s'accroissant en surface et proéminant en petites saillies tuberculeuses presque violacées, tel est le début du lupus scléreux primitif.

Des mamelons rugueux s'élèvent par suite de l'hypertrophie du derme et de l'épiderme; des fissures se produisent, sillonnant la surface cornée; par la pression on en fait écouler du séro-pus. Au milieu de ces lésions commence, pour produire la guérison, un processus scléreux central de cicatrisation qui peut s'étendre jusqu'à disparition complète du lupus. L'affection a une marche chronique et lente.

Faisons une coupe : examinons-la, que voyons-nous?

1° Une couche superficielle papillomateuse, formée de productions épidermiques exubérantes.

2° Une couche moyenne constituée de tissu scléreux très abondant.

3° Une couche profonde où se trouvent des tubercules de lupus.

Dans une forme plus rare il y a un changement complet ; nous voyons les tubercules superficiels, rouge vif, fort serrés.

L'examen bactériologique révèle du bacille de Koch dans un certain nombre de cas dont la rareté nous est expliquée par de petits nombres de bacilles situés d'ordinaire dans ces lésions scléreuses.

Tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf (86), de Viertel (*für Dermatol. et Syph.*)

La tuberculose verruqueuse présente des rapports avec le lupus scléreux de Vidal. Elle se présente sous forme de placards, au niveau de la face dorsale des mains et des doigts, à la paume des mains ou sur des régions voisines. La surface atteinte dans ce cas est de dimensions variables, de contours indéterminés (arrondis ou serpigineux); on observe trois zones : 1° externe, formée par un liséré érythémateux à peau lisse ; 2° moyenne, caractérisée par de petites pustules ou par des croûtelles, la peau brun livide y est légèrement infiltrée ; 3° centrale, représentée par une saillie de quelques millimètres ; des excroissances papillomateuses recouvrent la surface de cette dernière ; entre elles des ragades qui laissent sourdre à la pression du pus mêlé à des débris de croûtelles. Mais vienne le début de la guérison, et tout change, les excroissances s'affaissent et s'égalisent, les fissures ne laissent plus écouler de liquide et se comblent peu à peu, les croûtes diminuent d'épaisseur, puis tombent. Toutes ces transformations laissent place à une cicatrice squameuse, mince, présentant un réticulum blanc sur fond violacé.

Si on interroge le malade pour connaître les symptômes qu'il éprouve, il n'accuse qu'une extrême sensibilité à la pression.

Cette affection se signale par la lenteur de son évolution (sa durée se chiffre par de nombreuses années).

On avait remarqué aussi l'absence d'infection générale à la suite de tuberculose verruqueuse. Cette exception étonnait; car la tuberculose verruqueuse est une bacillose locale et, par conséquent, peut être, semble-t-il, le point de départ d'une généralisation ; d'autant plus qu'au niveau de cette lésion Riehl et Paltauf ont rencontré de nombreux bacilles dans les cellules embryonnées, voire même en liberté, par conséquent tout prêts, semble-t-il, pour la dissémination. De nouvelles observations ont démontré que la généralisation est non seulement possible, mais assez fréquente.

La tuberculose verruqueuse guérit d'ailleurs d'elle-même, mais est suivie rapidement d'une récidive voisine.

Au point de vue histologique, la tuberculose verruqueuse est caractérisée par les faits suivants : Epaisseur exagérée de la couche cornée au niveau des papilles ; dans les couches les plus superficielles de la peau, on trouve l'altération la plus importante ; une couche cornée très épaisse recouvre les papilles très augmentées de volume. Sur certains points, des nodules présentant les caractères de la granulation et du follicule tuberculeux. Ces granulations suppurent, forment de petits abcès qui s'ouvrent au fond des fissures.

Quelle impression pouvons-nous tirer de l'étude que nous venons de faire ?

Nous avons été frappé des analogies qui existent entre les trois sortes de lésions que nous venons de décrire ; comme le dit fort justement du Castel, on y remarque : « même sujet sur les parties découvertes et exposées à l'inoculation, même état papillomateux, même revêtement corné, même suppuration interpapillaire et, histologiquement, même structure avec cellules géantes, follicules superficiels et enfin bacilles de Koch. Tout semble indiquer qu'il s'agit là d'une seule et même variété de tuberculose ».

Dans la tuberculose verruqueuse, le caractère verruqueux

domine ; de ce lupus scléreux, c'est la sclérose qui l'emporte, mais ce sont deux degrés ou même peut-être deux périodes d'évolution d'une même affection.

Il semble bien établi par la clinique (lymphangite et adénites tuberculeuses consécutives), par l'examen histologique (follicules et granulations tuberculeux), par l'étude bactériologique (bacille de Koch) et par l'expérimentation (inoculations positives) que nous nous trouvons en présence de manifestations tuberculeuses, et malgré les dénégations de Pollorson et les doutes d'autres auteurs, nous concluons que le tubercule anatomique, le lupus scléreux et la tuberculose verruqueuse sont degrés d'une même affection, et que cette affection est la tuberculose cutanée. Ainsi donc si nous trouvons au niveau d'une fistule tuberculeuse une lésion qui correspond à une de ces trois manifestations, nous nous croirons en droit de dire que c'est une tuberculose cutanée par inoculation consécutive à des foyers tuberculeux profonds.

Lupus tuberculeux

Après avoir étudié le tubercule anatomique, le lupus scléreux et la tuberculose verruqueuse de façon à pouvoir les reconnaître, après avoir démontré, nous semble-t-il, la nature tuberculeuse de ces affections, il nous reste à étudier le lupus tuberculeux, afin de voir si nous pouvons aussi l'englober dans les tuberculoses cutanées. Nous conclurons par l'affirmative après avoir relevé les témoignages qui appuient notre opinion ; les observations que nous relevons à la fin de notre travail apporteront peut-être une preuve nouvelle de la nature tuberculeuse du lupus.

« Le lupus tuberculeux est caractérisé par la production au niveau du derme de tubercule : des nodosités sans tendance

résolutive, se terminant par l'ulcération ou par l'atrophie cicatricielle des téguments ».

Nous allons d'abord étudier le tubercule lupique (lupôme Leloir), nous réservant ensuite de voir la façon dont il se groupe pour former le lupus.

Les tubercules lupiques superficiellement situés soulèvent légèrement l'épiderme à travers lequel on les voit par transparence couleur gelée de pomme. Très friables et très mous, ils se laissent dilacérer avec la plus grande facilité, le tubercule, assez souvent très vasculaire lorsqu'il est dilacéré, produit des hémorragies aisément arrêtées d'ailleurs.

La sensibilité des tubercules est très spéciale; ils ne font éprouver aucune douleur, ni spontanément, ni à la pression, et cependant ils sont doués d'une certaine sensibilité qui les fait deviner au palper. D'ailleurs une onction des parties malades à la vaseline permet de déceler les tubercules par transparence.

La plus grande variété règne dans l'agencement des tubercules au niveau d'une plaque de lupus; ils sont souvent réunis en petit nombre pour former un nodule. Les nodules sont dans ce cas très nombreux et par leur réunion donnent plutôt naissance à des demi-cercles ou à des anneaux. Si nous comprimons les tubercules réunis, nous avons une sensation de mollesse identique à celle des fongosités.

Malgré la lenteur de l'évolution du lupus, il arrive un moment où il se trouve en face de deux alternatives : ou le nodule s'affaisse et disparaît ou il s'ulcère. Tendance atrophique et cicatricielle ou tendance ulcéreuse et rongeante ; il a le choix entre les deux.

Cependant la tendance atrophique et cicatricielle est dans une certaine mesure commune à tous les lupus. Voici comment ils évoluent alors : « Les tubercules les premiers développés s'affaissent, leurs éléments s'atrophient, à leur place

l'épiderme qui était tendre et brillant se plisse, se desquame et une petite dépression cicatricielle se produit à ce niveau » (Du Castel). Cette cicatrice est un élément précieux pour le diagnostic.

Nous n'insisterons pas sur les diverses formes que peut prendre le lupus, qu'elles soient commandées par des caractères objectifs, par son évolution, sa marche ou son siège, car cette étude nous entraînerait trop loin.

Examinons maintenant la lésion lupique au point de vue histologique et bactériologique ; nous pourrons en tirer des renseignements sur la nature du lupus.

On peut affirmer la nature tuberculeuse d'une lésion lorsque l'histologie, la bactériologie et l'expérimentation sont d'accord.

Pour le sujet qui nous occupe, voyons ce que nous apprend l'histologie : on trouve sur une coupe des cellules géantes et des follicules tuberculeux : est-ce suffisant pour affirmer la nature tuberculeuse? Schuppel et Friedlander disent oui. L'expérience a répondu non : on rencontre en effet les cellules géantes et les follicules dans d'autres lésions syphilitiques, farcineuses, etc.

Quant à la bactériologie, elle paraît avoir résolu la question en nous révélant dans le lupus la présence du bacille de Koch. Il est vrai que celui-ci est rare, qu'il faut faire de nombreuses coupes pour le retrouver ; mais il y est ; cela suffit (Pfeiffer, Doutrelepont, Schuchardt, Krause, Kock, Cornil et Leloir). L'expérimentation a donné, surtout au début, des résultats incertains. De nombreuses inoculations ne donnaient pas de résultat positif ; mais avec le perfectionnement de la technique, Leloir a obtenu des résultats certains et nous résumerons ainsi la conclusion qu'il tire de ses expériences. « Le lupus doit être considéré comme une tuberculose tégumentaire, peu virulente, peu riche en agents pathogènes, en général

distincte de la tuberculose vulgaire classique par ses caractères spéciaux qui peuvent se résumer ainsi : 1° petit nombre de bacilles ; 2° nécessité d'inoculation dans un milieu favorable ; 3° nécessité d'inoculer un animal favorable (cobaye) ; 4° nécessité d'inoculer de gros morceaux ; 5° lenteur d'infection de l'animal.

Ces transformations ont-elles lieu par suite de la rareté des bacilles (Leloir, Nocard) ou par suite d'un virus spécial (Arloing)? La première hypothèse nous paraît plus fondée, il nous semble que c'est affaire de quantité de virus, plutôt que de qualité.

Jadassohn cite 2 cas qui ont la valeur de véritables expérimentations sur l'homme : 1° un boucher s'inocule la tuberculose à l'index et bientôt après apparaît un lupus typique du pli du coude ; or à l'index était une ulcération tuberculeuse et non un lupus ; 2° une femme présente un lupus développé sur un tatouage que son auteur phtisique avait mouillé de sa salive. Enfin le fait que nous relatons dans ce travail, que le pus tuberculeux, sorte de foyer tuberculeux profond, peut inoculer un lupus à la peau environnante est un argument de plus en faveur de la nature tuberculeuse du lupus.

Il est vrai que tout récemment, Himmel (thèse de Kazan, 1900) a fait sans résultat des injections de lupus préparé à des lapins, ce qui l'amena à nier la nature tuberculeuse du lupus. Mais en somme ces quelques expériences n'infirment pas la théorie et nous terminerons cette étude par la définition du lupus, complète maintenant. « Le lupus tuberculeux est caractérisé par le développement dans la peau et les muqueuses adjacentes de petites nodosités produites par le bacille de Koch et se terminant soit par l'ulcération, soit par l'atrophie cicatricielle des téguments » (Brocq, Jacquet). Pour que l'étude des tuberculoses cutanées soit complète, il faudrait passer en revue les ulcérations tuberculeuses cutanées (tuber-

culose cutanée proprement dite), les gommes tuberculeuses superficielles et le lupus érythémateux dont la nature est encore mal connue; mais on n'a jamais remarqué que ces lésions aient été inoculées par des foyers tuberculeux profonds.

Leur étude nous éloignerait de notre sujet; nous ne l'aborderons pas.

Cependant Adenot (de Lyon) attire l'attention sur une ulcération tuberculeuse qu'il appelle lupoïde, qui serait consécutive à une lésion osseuse profonde cicatrisée ou encore en évolution.

Il cite quelques observations, dont une de gangoliphe, qui ne sont pas très concluantes, à cause du manque de précision dans la description. Il insiste sur les erreurs de diagnostic et les inutilités de traitement qui dans ce cas peuvent se présenter si la lésion osseuse est ignorée.

Pillet montre que, même en l'absence de tubercules bacillaires visibles, on trouve au niveau de la peau des bords d'une fistule d'origine ostéopathique tuberculeuse, des lésions microscopiquement décelables de tuberculose.

Quels sont les foyers tuberculeux profonds pouvant donner les tuberculoses cutanées?

Nous venons d'assister à l'éclosion du produit d'inoculation de la tuberculose profonde à la peau; il faut nous demander maintenant quels sont les foyers tuberculeux profonds qui peuvent donner naissance à de telles lésions secondaires.

Et nous trouvons successivement: 1° les ganglions; 2° les gommes; 3° les affections stéoarticulaires tuberculeuses; 4° les affections tuberculeuses viscérales.

1° *Les ganglions.* — Nous pouvons dire d'une façon géné-

rale que tout ganglion assez rapproché est susceptible, s'il se caséifie, de s'ouvrir à la peau. Et dans ce cas le liquide qui sort par l'orifice cutané peut en inoculer les bords et donner naissance à un lupus ordinaire ou à une tuberculose verruqueuse.

Il est cependant des ganglions plus portés que d'autres à cette inoculation ; ce sont en première ligne les ganglions sous-maxillaires. Leur structure est cependant identique à celle des ganglions de tout l'organisme ; mais ces organes lymphatigères sont exposés plus que tout autre à l'infection secondaire par leurs rapports avec la bouche, véritable nid de microbes et par les transmutismes qu'ils peuvent réunir : suppuration plus facile, inoculation à la peau plus fréquente.

Il est d'autres ganglions qui sont assez souvent les points de départ de l'inoculation à la peau : ce sont les ganglions rétro et sous-auriculaires, voire même axillaires (Bouisson), et si des observations que nous avons réunies nous voulons tirer une conclusion, nous verrons 4 cas de lupus d'origine sous-maxillaire ; 2 à début rétro-auriculaire, un à départ axillaire, et un dernier ayant commencé au niveau du ganglion épitrochléen (Cronier).

Leloir, dans la statistique qu'il apporte de 32 cas de lupus vulgaires consécutifs à des ganglions ulcérés, observe à peu près les mêmes proportions.

Devant des preuves aussi convaincantes, peut-on nier la naissance du lupus tuberculeux au niveau de ganglions ulcérés ? non, semble-t-il ; cependant Kœnig, au 14me congrès de la Société allemande de chirurgie, a formulé l'assertion suivante : « Quand un ganglion tuberculeux donne naissance à un abcès caséeux et envahit la peau, l'affection qui se développe dans le derme et se propage des bords de la région envahie n'est jamais du lupus ». Il nous paraît inutile, après

la statistique que nous avons fournie, d'insister davantage et de discuter une opinion aussi peu fondée.

2° *Les gommes.* — Il est facile de comprendre que les gommes tuberculeuses peuvent, comme les ganglions, donner naissance à une tuberculose cutanée.

C'est d'ailleurs par le même mécanisme : une gomme restée dure jusque-là, par suite d'un traumatisme ou de son évolution, commence à se ramollir au centre ; cette désagrégation s'accentuant, la gomme finit par être fondue complètement ; elle a donné naissance alors à un abcès froid, s'il est superficiel. La peau au niveau de celui-ci est tendue, puis devient rose, violacée, et se perfore, le pus s'écoule et après un temps variable le derme peut présenter les lésions de la tuberculose cutanée. Celle-ci aura donc le même aspect, qu'elle soit produite par un ganglion ou une gomme ulcérée : il existe cependant une seule différence, c'est dans la situation. Les tuberculoses cutanées d'origine gommeuse peuvent se trouver partout comme les gommes elles-mêmes, se localisent plus particulièrement comme ces dernières à la tête, au tronc, aux membres, surtout aux inférieurs, à la face interne du tibia. Les tuberculoses cutanées d'origine ganglionnaire possèdent de régularité de ces localisations déjà étudiées par nous.

3° *Les affections ostéoarticulaires tuberculeuses.* — L'origine de la tuberculose cutanée consécutive à une fistule osseuse paraît se rencontrer assez rarement, si on en juge par le petit nombre de cas rapportés (2 cas de Wolkman et 2 cas dont les observations suivent; observations de Leser, Besnier, Lyot et Gautier, de Brousse et Gautier).

Et cependant, si on réfléchit, on est étonné de voir si peu fréquentes les tuberculoses cutanées après une fistule d'origine osseuse ; en effet, en général, dans ce cas la suppura-

tion établie dure très longtemps et augmente ainsi les chances de contamination du derme. Celui-ci, souillé continuellement et en quelque sorte macéré, devient un terrain suffisant pour le bacille et paraîtrait devoir être fréquemment inoculé. Aussi, frappé par cet illogisme, Cronier (thèse de Paris), n'ayant pas de cas sous les yeux, a fait une sorte de diagnostic rétrospectif et a examiné un certain nombre de moulages du musée de Saint-Louis. Il a rapporté de cette étude la conviction que l'inoculation de la tuberculose à la peau par les affections ostéoarticulaires tuberculeuses était plus fréquente qu'on ne le croyait. Il fournit à l'appui de son assertion quelques exemples « dans lesquels la lésion superficielle n'est pour ainsi dire que la continuation et l'expansion de la lésion profonde ». Pour notre part, nous devons avouer qu'après avoir pris connaissance de ces faits, nous trouvons bien difficile de prouver avec certitude qu'il existe une relation de cause à effet entre la lésion profonde et la lésion superficielle.

Nous venons d'étudier trois modes d'origine de la tuberculose cutanée qui sont bien établis et paraissent indiscutables ; il reste un quatrième mode plus discuté et dont l'existence est encore mise en doute, c'est l'inoculation d'une tuberculose cutanée par une tuberculose profonde, les tissus intermédiaires restant sains en apparence. Nous donnons l'opinion des auteurs (Renouard et Cronier) au moment où la question des tuberculoses cutanées venait à peine de se poser ; mais depuis que l'attention a été attirée de ce côté, le nombre des cas augmente. Et en plus des observations déjà publiées, Leloir en accuse 27, auxquels on peut joindre les suivants : celui de Prioleau de Brives consécutif à la carie du 1er métatarsien ; celui de Dandois de Louvain survenu après la cornée du tibia et celui de Lejars. Nous ajouterons le cas de Morel-Lavallée et celui de Dubois-Avarith.

Cette question a été mise au point avec beaucoup de pré-

cision dans la thèse de Cronier ; on voit assez souvent un placard lupique développé au-dessus d'un ganglion.

La première idée qui vient à l'esprit, c'est qu'on a affaire à un lupus développé sur une cicatrice de ganglion suppuré ; mais on palpe, on s'aperçoit que le ganglion est grossi et tuméfié, mais non ramolli et qu'aucune ulcération n'a porté à son niveau. Ce n'est donc pas le mécanisme de l'ulcération que l'on peut invoquer.

Et d'ailleurs, pour éclairer nos explications, nous dirons ici quelques mots de deux observations qui sont rapportées plus loin (observation de Jeanselme (observation 16); chez un sujet de souche tuberculeuse, ayant présenté un lupus à 9 ans et plusieurs poussées de polyadénite suppurée, une gomme s'ouvre à l'âge de 35 ans, sur la face postérieure de l'avant-bras ; à la périphérie de la fistule apparaît un lupus qui, dans l'espace de 8 mois, envahit tout l'avant-bras, la face dorsale de la main et des doigts. Entre ces lésions on trouvait de la peau saine en grande étendue.

Jusqu'ici rien de bien particulier ; mais, comme le dit Jeanselme, ce qui est remarquable, c'est la disposition en deux traînées sur l'avant-bras : « la bande externe suit assez bien le faisceau des lymphatiques qui accompagnent les veines radiales ; la bande interne, la veine médiane, et l'on peut se demander si ce lupus giraté n'aurait pas pour origine l'altération des troncs sous-jacents ». Il existe aussi une autre observation (observation 10, Jeanselme), où Jeanselme a noté 3 lupus échelonnés en séries linéaires le long du bord externe de l'avant-bras, à la suite d'une gomme du dos de la main.

Ce n'est là qu'une hypothèse, qui pour passer dans le domaine des faits indiscutables aurait besoin de l'appui de nombreuses observations rigoureusement contrôlées.

Cependant il nous semble que le rôle des lymphatiques si actif, suivant Poufick, pour la transmission de la tuberculose

dans l'économie, peut être invoqué pour expliquer le transport à la peau des produits inoculents partis des lésions profondes.

4° *Tuberculoses viscérales.* — Et si enfin (pour ne laisser de côté aucun point de départ possible) on nous demande quel est le rôle des tuberculoses viscérales dans l'inoculation secondaire des tuberculoses cutanées, nous serions tentés de répondre qu'il est nul ou plutôt très amoindri.

Au sujet du rectum, si nous consultons Follin et Duplay, Janin, Peyrot, Poulet et Bousquet, Forgue et Reclus, nous ne trouvons aucun cas de lupus consécutif à une fistule tuberculeuse de l'anus. Trois cas seulement nous sont connus : 1° celui de Liebreicht ; 2° celui de Besnier (lupus de la fesse consécutif à une fistule à l'anus) ; 3° celui de Leloir (lupus papillomateux sur une fistule à l'anus). Parmi les ulcérations tuberculeuses de l'anus relativement assez fréquentes, nous n'en avons pas trouvé qui aient pour origine un foyer profond s'ouvrant à la région anale. Et ce n'est pas que les auteurs aient négligé d'examiner ce point, puisque M. Féréol insiste au sujet d'une série d'observations : « nous nous sommes assuré qu'il n'existait sur le fond de cet ulcère aucun orifice où l'on puisse enfoncer le stylet ». Enfin si par hasard une fistule accompagne l'ulcération tuberculeuse de l'anus, l'auteur (D. Mollière) a soin de nous avertir que la fistule s'est developpée seulement secondairement. Il en est d'ailleurs ainsi pour les observations de MM. Péan et Malassez, Martineau, Liouville, Spillmann, Esmarch, Thibierge, Cornil et Babès et M. Ritzo, si, au sujet de la tuberculose cutanée, nous recherchons l'influence des fistules provenant des organes génito-urinaires.

Dans la thèse si complète de M. Reclus, il nous a été impossible de relever un exemple de tuberculose propagée de

l'épididyme au scrotum. Il existe, il est vrai, signalée par ce même auteur, une lésion qui pourrait donner le change; c'est la suivante: « Dans l'épaisseur du scrotum se développent parfois des nodules assez durs, tuberculeux. Ceux-ci finissent par se ramollir, par former des abcès qui, s'ouvrant à l'extérieur, prennent l'apparence d'une fistule d'origine profonde.

Il n'en est rien et on s'aperçoit, à un examen soigné, qu'on se trouve en présence de gommes tuberculeuses ulcérées et non de tuberculoses viscérales propagées à la peau. Il existe encore, cependant, trois cas de tuberculose viscérale propagée à la peau, l'un est de Tauffer: il s'agit d'un lupus du scrotum développé après guérison histologique d'un testicule tuberculeux; l'autre est rapporté par Renouard: c'est un lupus développé sur une fistule lacrymale; le troisième est observé par Leloir: c'est un lupus développé sur une fistule de pleurésie purulente.

Nous pouvons cependant conclure que la tuberculose cutanée consécutive à une inoculation par les foyers profonds viscéraux est fort rare, puisque nous n'en connaissons que quelques cas (Liebreicht et Tauffer, Renouard, Leloir, Besnier).

Tout ce que nous venons de dire sur l'influence des fistules sur le développement d'une tuberculose cutanée au même niveau peut être répété au sujet du rapport des cicatrices de lésions tuberculeuses et de l'apparition du lupus sur le tissu de réparation. Et nous partageons entièrement l'avis de Longuet qui, parlant du développement d'une tuberculose cutanée au niveau d'une cicatrice de lésion profonde bacillaire, dit: «Il convient de se demander, en présence de ces faits, si le bacille de Koch ne peut demeurer très longtemps latent dans les tissus infectés par lui et qui sont devenus cicatriciels sans perdre complètement le pouvoir de se multiplier, d'inoculer autour de lui et de reprendre une évolution

active. Il semble en outre qu'il puisse être englobé dans le tissu d'une cicatrice banale, et ne donner lieu au lupus que longtemps après la guérison de la plaie accidentelle primitive. On doit donc, quand on se trouve en face d'un lupus, rechercher avec soin les traces et la nature des affections locales qui ont pu le précéder; on trouvera sans doute assez fréquemment des adénites bacillaires anciennes, la tuberculose osseuse, des hygromas ou des synovites fongueuses, et l'on pourra se rendre compte que la greffe lupique s'est faite par des processus bien différents d'inoculation directe d'une surface baignée de pus tuberculeux, de propagation du virus par contiguïté ou même de reviviscence de la tuberculose dans une cicatrice ancienne».

Il y a même des cas où l'évolution se complique, le lupus apparaissant en des points éloignés du siège primitif de la lésion contage ; il est impossible alors de savoir s'il y a eu transport direct ou inoculation au lupus d'origine sanguine.

Jusqu'à présent, les lésions primitives, point de départ des tuberculoses cutanées, étaient à allures lentes, froides et chroniques. Les deux cas que nous empruntons à du Castel montrent que la tuberculose cutanée peut être consécutive à des lésions simulant des abcès aigus, mais tuberculeux cependant. «Je soigne, dit-il, deux malades, chez qui l'allure de la maladie a été telle. Il y a quelques années, l'un et l'autre furent atteints d'abcès péri-anal à marche simple, et c'est à la suite de cet accident en apparence banal que la tuberculose cutanée s'est développée : l'un des malades, alors au service militaire, entra à l'infirmerie pour un abcès péri-anal qui fut ouvert et se cicatrisa en quelques jours ; puis, quelques semaines après, il s'aperçut que la peau devenait malade autour de la région que l'abcès avait occupée. Comme il ne souffrait pas, il s'occupa d'abord peu de son mal ; plus tard il consulta un médecin qui porta le diagnostic d'eczéma et

lui conseilla de ne pas s'occuper autrement de son affection. Venu par hasard à ma consultation, il me montra son soi-disant eczéma qui n'était autre qu'un lupus des mieux caractérisés. Mes deux malades sont atteints aujourd'hui, en plus de tuberculose cutanée, de tuberculose pulmonaire lente».

Observation I

(Due à l'obligeance de M. Sarradon, interne du service)

Nous allons étudier le malade tel qui s'est présenté à notre examen. Nous procèderons à une description topographique des lésions de ses téguments. Nous en reconstituerons ensuite l'évolution antérieure, établissant la filiation et la subordination des accidents les uns aux autres.

M.... J..., 16 ans, enfant assisté à l'Hôpital Général, entré le 15 juillet 1903 à la Clinique dermatologique de Montpellier (service de M. le professeur agrégé Brousse), pour une lésion cutanée intéressant la partie externe du cou-de-pied droit.

C'est un enfant de taille plutôt petite, vigoureux, bien musclé, n'ayant nullement l'aspect tuberculeux. Il a le facies d'un strumeux : un peu bouffi, chairs molles et pâles, nez large à la racine, lèvres grosses ; pas d'hypertrophie amygdalienne, quelques végétations adénoïdiennes. Pas de palais ogival ; dents en mauvais état par suite du manque de soins. Aucun des symptômes de la triade d'Hutchinson, peau blanche, système pileux très développé aux membres.

Ce coup d'œil d'ensemble une fois jeté sur l'apparence extérieure de l'état général de notre malade, examinons soigneusement la lésion sur laquelle il attire notre attention.

Nous apercevons une plaque rougeâtre occupant la partie externe du cou-de-pied droit. Elle débute à deux travers de

doigt au-dessous de la malléole externe et remonte jusqu'à la réunion du tiers moyen au tiers inférieur du péroné. En largeur, elle occupe une étendue de cinq travers de doigt environ, sa forme est irrégulièrement ovalaire. La lésion est couverte de croûtes brunâtres plus claires par endroits, entre celles-ci sourd à la pression un peu de liquide séro-purulent qui sort par des fissures. Autour de la région croûteuse, nous apercevons une bande circulaire érythémateuse de coloration plutôt rose-violacé. Au centre de la lésion, les croûtes ont une tendance à tomber, et, si nous en enlevons quelques-unes, nous voyons des tissus papillomateux avec quelques points d'atrophie cicatricielle. A la partie inférieure de la plaque nous sommes frappés par une petite cicatrice rectiligne qui se continue jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'extrémité de la malléole externe et qui en haut se perd dans les tissus de néoformation ; nous verrons bientôt quelle était sa provenance.

Mais les croûtes et le pus nous empêchent de voir le point de départ de la lésion, les cataplasmes de fécule et les pansements boriqués humides en eurent vite raison, et, après quelques jours de ce traitement, nous voyons la lésion nettoyée présenter l'aspect suivant : Autour de la plaque proprement dite se trouve une zone de peau brun-violacé, large d'un travers de doigt. En dedans de cette zone nous apercevons des éléments très intéressants : ce sont de petits nodules lupiques, entre lesquels se montrent à nous des pustules couvertes d'une croûtelle jaune clair entourée d'un bord rosé. Entre les tubercules et la partie lésée il y a des espaces de peau en apparence saine, mais qu'à la palpation on reconnaît être légèrement indurée.

Nous arrivons enfin à la lésion proprement dite : c'est un placard rouge-violacé, au milieu duquel nous voyons quelques mamelons peu élevés laissant sourdre discrètement un

liquide plutôt séreux; mais nous trouvons encore sur les bords du placard trois nodules du volume d'une noisette, nodules présentant tous les caractères d'une tuberculose verruqueuse.

Au centre de la région atteinte on trouve une cicatrice qui se détache en blanc-rosé sur la coloration générale rouge-violacé ; nous nous voyons là en présence du début de régression de la lésion : cette cicatrice, les tubercules et l'aspect mamelonné font le diagnostic.

Les pores sébacés ont disparu ainsi que les poils de la région, sauf au pourtour, où ils sont plus gros, raides et cassants.

Troubles subjectifs. — Pas de douleur spontanée, le membre porteur de la lésion est facilement fatigué. A la pression on provoque de la douleur, surtout au niveau des nodules.

A part cette lésion, la jambe ne présente rien de particulier, est bien conformée et n'a pas d'atrophie musculaire. Les mouvements dans l'articulation du cou-de-pied se font presque normalement.

A la fesse gauche nous remarquons une cicatrice, trace, sans doute, de l'ulcération d'une gomme tuberculeuse (à ouverture périodique, au dire du malade).

L'exploration attentive du système ganglionnaire ne nous a rien donné. Malgré une auscultation méticuleuse et fréquemment répétée, aucun symptôme de tuberculisation pulmonaire n'a pu être décelé.

Nous trouvant en présence d'une telle lésion, nous devions nous demander quel était le point de départ, quelle en fut l'évolution?

Antécédents. — 1° *Antécédents héréditaires.* — Père mort d'accident, mère morte jeune. Une sœur a été soignée pour

un mal de Pott avec abcès froid, chez M. le professeur Forgue; un frère bien portant.

2° *Antécédents personnels.* — Gastroentérite pendant l'enfance, a toujours été mal soigné. Il y a un an, a beaucoup toussé, coryza chronique, dort la bouche ouverte depuis longtemps. Il y a deux ans, il se fait une légère entorse au niveau du cou-de-pied droit, cette région s'enfle peu à peu, devient douloureuse ; le malade entre à la Clinique des Enfants-malades (chirurgie), Hôpital suburbain, service de M. le professeur Estor.

Voici ce qu'on constate le 19 juin 1901 :

«Le cou-de-pied droit mesure trois centimètres et demi de plus que le cou-de-pied gauche. Empâtement péri-malléolaire considérable, surtout au niveau de la malléole externe. Fluctuation en ce point. Les mouvements de l'articulation sont partiellement conservés et indolores.

»Pas d'autre localisation de tuberculose. Etat général bon.

»*Le 22 juin 1901*, ouverture de la collection, curettage, cautérisation au thermocautère, pas de réunion, plaie pansée à plat avec de la gaze trempée au préalable dans du naphtol camphré».

Début et évolution. — Le malade reste dans le service pendant 4 mois, il en sort guéri de sa lésion. Mais sur la cicatrice serait apparue presque immédiatement une plaque rougeâtre et suintante, qui peu à peu aurait atteint l'extension qui lui a permis d'acquérir ses dimensions présentes. Les croûtes se sont formées, de plus en plus épaisses. C'est donc très lentement que la lésion s'est formée telle que nous l'avons décrite plus haut.

Observation II

(Brousse et Ardin-Delteil. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1800).

M... A..., 16 ans, entrée le 18 mars 1897 à la Clinique dermatologique de Montpellier (service de M. le professeur Brousse), pour des lésions cutanées polymorphes intéressant la face et les membres. C'est une enfant de taille exiguë pour son âge et dans un état de profonde misère physiologique. Fortement amaigrie, chétive, malingre, teint d'une blancheur diaphane révélant une anémie intense ; visage couvert d'éphélides, quoique ce ne soit pas une blonde vénitienne. Non réglée, seins développés, système pileux pubien rudimentaire et contrastant avec un développement abondant des poils sur les quatre membres.

Nous envisageons successivement les lésions de la face, de la lésion cervicale, du membre supérieur droit, des membres inférieurs.

Face. — 1° Sur la zone gauche, en pleine pommette, un large placard, à bords irréguliers, quoique circulaire dans son ensemble et formé de trois zones concentriques :

a) Un nodule central recouvert de formations croûteuses.

b) Autour de celui-ci, une zone cicatricielle blanchâtre légèrement déprimée en rigole.

c) Entourant celle-ci, une zone plus colorée, rougeâtre, plus large et apparaissant à un examen attentif comme constituée par une série de petites masses mollasses, jaunâtres, tassées les unes contre les autres.

2° Immédiatement en avant de l'oreille gauche, descendant verticalement jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure, une cicatrice déprimée, jeune encore, à fond violacé, à bords plus pâles.

Cou. — 1° Le long du bord antérieur du sterno-deïdo-mastoïdien gauche, depuis la mastoïde jusqu'au milieu du cou, un long placard érythémato-ulcéreux; la peau de l'extrémité supérieure est très rouge, mais intacte, tout le reste est ulcéré, les bords sont décollés, irréguliers, blanchâtres, entourés d'une aréole rouge-violacé. Le fond est tapissé de bourgeons inégaux, luisants, rosés. La peau environnante est indurée.

2° Au milieu de la région sus-hyoïdienne, immédiatement au-dessous du maxillaire inférieur, une ulcération du même aspect que la précédente, mais arrondie, à bords déchiquetés, décollés, soulevés et de la grandeur d'une pièce d'un franc; zone rouge-violacé périphérique; bourgeons émergeant du fond.

Membre supérieur droit. — 1° A la main, l'annulaire est presque totalement détruit par un spina-ventosa. Le doigt est considérablement augmenté de volume, il a comme éclaté au niveau de la phalangine. Autour du squelette hypertrophié, les parties molles sont totalement infiltrées, lardacées. Sur le dos de la deuxième phalange s'ouvre un cratère purulent, entouré de masses fongueuses et par le centre duquel s'écoule une sanie fétide; au fond, on aperçoit une portion d'os noirâtre, nécrosée, insensible.

2° Sur la partie inférieure de la face interne du bras, au niveau du ganglion sus-épitrochléen, une large ulcération, irrégulièrement circulaire, à bords livides, décollés et dont le fond mamelonné, rougeâtre, forme une masse charnue, exubérante en saillie, enduite d'un pus fétide.

Membre inférieur droit. — Celui-ci est complètement altéré dans sa forme depuis le genou jusqu'aux orteils.

La jambe est énorme, éléphantiasique, transformée en un cylindre informe, rigide, hérissé de poils longs, grêles, pâles et cassants, parsemé de croûtes et de rugosités. Le pied, absolument méconnaissable, a fait place à une masse bourgeonnante, hérissée de mamelons, d'excroissances charnues, creusée de sillons et dans laquelle on a grand'peine à reconnaître la place des orteils. Son aspect contraste violemment avec la jambe gauche amaigrie et qui a conservé une physionomie normale.

1° *Jambe.* — Les téguments de la jambe ont perdu leur souplesse, la peau est dure, épaissie, comme doublée par une plaque de carton ou de cartilage. Cette transformation pachydermique commence à partir du mollet et fait de la jambe un énorme cylindre dur et rigide.

Sur ce fond se disposent irrégulièrement de multiples lésions.

a) A la face postérieure, creusée en plein mollet, une profonde cicatrice, déprimée en entonnoir, à bords crispés ; elle est d'une dureté parcheminée, sonore sous l'ongle. Tout au fond, une croûtelle jaunâtre. Tout à fait en bas, près du talon, les plis recouvrant le tendon d'Achille sont transformés en une masse verruqueuse, dépourvue de souplesse, et dont une partie se recouvre de croûtes grisâtres.

b) Sur la face externe, une large ulcération vient à peine de cicatriser. La surface en est violacée, livide, au centre un bourgeon épidermisé fait encore saillie. Les bords sont en relief.

Au-dessous de cette lésion, entre elle et la malléole externe, deux placards croûteux superposés ; les croûtes sont jaunes, minces, humides, creusées de petits sillons. D'une façon générale, les téguments de cette face externe paraissent moins indurés, plus souples que dans les autres points.

c) Sur la face antéro-interne, l'aspect pachydermique est poussé au maximum. Au milieu, un large placard croûteux, gris-jaunâtre, surélevé et comme stratifié. Il est desséché, d'une épaisseur considérable, d'une dureté presque calcaire et parcouru par des fissures qui subdivisent la masse totale.

2° *Cou-de-pied.* — Marqué par des plis hypertrophiés, indurés, rigides. Un profond sillon embrasse le cou-de-pied en fer à cheval d'une malléole à l'autre et trace la démarcation entre la jambe et le pied. Il devient de temps à autre le siège d'un suintement assez abondant. Les bords sont constitués par des bourrelets saillants, formés eux-mêmes de masses rugueuses, mamelonnées, tassées les unes contre les autres, de volume inégal. Une très légère mobilité de l'articulation tibiatarsienne existe encore. Mais les mouvements de flexion et d'extension du pied sur la jambe ne peuvent acquérir qu'une amplitude très faible ; ils sont très rapidement limités par le défaut complet de souplesse des téguments. On dirait le pied emprisonné dans une armure.

3° *Pied.* — C'est une masse bourgeonnante absolument informe et suintante.

a) Dos du pied : Occupé par une large plaque de peau épaissie, surélevée, luisante et nacrée, dure et cartilagineuse. La surface en est chagrinée, comme doublée de grenaille de plomb. A peu près rectangulaire, cette plaque est limitée en haut par le sillon du cou-de-pied, en bas par la masse exubérante qui englobe les orteils, en dedans par une masse végétante qui occupe tout le bord interne du pied, en dehors par une sorte de bourrelet rectiligne marquant le bord externe du pied depuis la malléole jusqu'à la racine du petit orteil ; le placard d'induration était autrefois occupé par une masse

végétante analogue à celle que nous allons maintenant décrire.

b) Bord interne du pied : Occupé dans sa partie moyenne par une masse exubérante, des bosselures végétantes d'abord peu élevées, se continuant insensiblement avec le placard cartilagineux du dos du pied, puis plus en saillie, formant des excroissances nombreuses, charnues, souples, serrées, tassées les unes contre les autres à la manière des grains d'une grappe de raisin et séparées par des sillons assez profonds qui les isolent les unes des autres et sont le siège d'un suintement assez abondant. Sur les confins de la plante du pied, cette masse se surélève, devient surplombante et se termine au niveau d'un sillon profond qui la limite nettement.

c) Bord externe du pied : Marqué par le bourrelet induré et rectiligne que nous avons décrit plus haut.

d) Plante du pied : Elle est comme matelassée, augmentée de volume. Elle contraste par l'absence de lésions et par sa souplesse remarquable avec les téguments si profondément modifiés qui l'entourent et la bordent.

e) Orteils : Remplacés par une masse indivise informe, végétante, formée de bosselures, d'excroissances, souples et charnues, plus volumineuses que celles décrites précédemment. Ces mamelons pullulent véritablement, comblant les espaces interdigitaux, nivelant et même rendant saillant le sillon digito-plantaire si profond cependant. L'ensemble a l'aspect d'un chou-fleur ; ces excroissances verruqueuses, séparées par de profonds sillons suintants, présentent elles-mêmes une surface chagrinée qui traduit sans nul doute l hypertrophie des papilles du derme sous-jacent.

De prime abord on ne distingue aucune division dans ce fourmillement d'élevures et de sillons. Mais à un examen plus attentif, on parvient à apercevoir, en les entr'ouvant légèrement, les espaces interdigitaux et à séparer les orteils

accolés les uns contre les autres dans une apparence trompeuse de syndactilie.

Les orteils ainsi isolés sont énormes, boursouflés en masses sphériques subdivisées en mamelons séparables dont la cohérence produit l'aspect signalé plus haut.

Le gros orteil a perdu sa seconde phalange et avec elle l'ongle qu'elle portait. Il est représenté par un moignon volumineux et à bourgeons peu exubérants.

Les trois orteils médians forment la masse mamelonnée la plus importante : on peut les isoler et retrouver l'ongle de chacun d'eux enfoui sous les bourgeons verruqueux.

Le cinquième orteil est le moins malmené. Accolé aux autres, il présente, à la naissance du sillon interdigital, une énorme bosselure végétante.

La mobilité des orteils, quoique très limitée, existe encore. Le cinquième orteil peut être écarté volontairement des autres, il est moins atteint et plus libre. Les autres possèdent encore quelques mouvements et animent la masse végétante des mouvements alternatifs de va-et-vient.

Telles sont les principales lésions actuellement présentées par la malade.

Notons encore cependant :

1. En plein sternum, une véritable perte de substance formant une dépression profonde tapissée par un tissu cicatriciel blanchâtre.

2. A la racine de la cuisse droite, recouvrant tout le triangle de Scarpa, une vaste cicatrice gaufrée rappelant la peau d'un visage dévasté par les cicatrices de la variole, et formée de cicatrices blanches déprimées, insulaires, séparées par des travées dures, saillantes, fortement pigmentées. Une cicatrice analogue, mais plus petite, au-dessus du condyle interne.

3. A la racine du gros orteil gauche, une tuméfaction rougeâtre, dont le sommet acuminé est percé d'un orifice par

lequel s'écoule un pus mal lié. L'os de la première phalange est volumineux. Il y a là un début de spina ventosa.

Signalons, en dernier lieu, l'exploration attentive du système ganglionnaire de cette enfant, ne nous donnant aucun résultat pas plus au niveau du cou que dans le creux axillaire, les creux sus et sous-claviculaires, les plis inguinaux ou dans le médiastin.

Signalons les résultats entièrement négatifs fournis par une auscultation méticuleuse et fréquemment répétée, concernant la possibilité d'une tuberculisation des poumons.

En présence d'un pareil complexus pathologique, nous devions nous demander quel avait été le mode de production des lésions constatées et leur ordre de succession, puisque l'examen actuel nous révélait qu'elles n'étaient pas toutes contemporaines les unes des autres, que les unes étaient guéries depuis longtemps, les autres depuis peu, certaines en voie de cicatrisation, d'autres au contraire en pleine période évolutive.

Voici les renseignements assez précis que nous avons pu obtenir à ce sujet auprès de la mère de la petite malade et qui constituent une histoire à peu près complète de sa maladie et de ses antécédents personnels.

Antécédents. — 1° Les *antécédents héréditaires* sont peu intéressants. La mère est d'une santé florissante. Quelque obscurité pèse sur ce qui concerne le père. Un frère bien portant.

2° *Antécédents personnels.* — L'enfant n'a pas été nourrie par sa mère. Durant sa première enfance, elle avait du mal dans les cheveux; les oreilles lui coulaient souvent. Elle ne toussait pas et n'a d'ailleurs jamais toussé.

Jusque-là rien de saillant. Mais à l'âge de 4 ans, elle fait

ses débuts dans la scrofule, et depuis ce moment sa carrière s'est poursuivie sans relâche, émaillée par l'éclosion réitérée d'accidents envahissant ici, rétrocédant là, mais se succédant sans répit pour en arriver à l'état lamentable dans lequel nous la trouvons aujourd'hui. C'est sur le gros orteil du pied droit qu'apparaît, à l'âge de 4 ans, un petit bouton qui bientôt grossit, rougit, puis se crève, il en sort un petit os. C'est donc par un spina ventosa que commence cette longue série pathologique et c'est cet accident qui devient l'origine de tous les autres.

L'os éliminé,l'orteil continue à suppurer. Le pus tuberculeux se répand sur les téguments qu'il irrite, modifie et contamine. La peau commence à se couvrir d'excroissances qui, peu à peu, englobent les orteils adjacents.

Des traînées de lymphangite partent de cet orteil en voie de destruction, et gagnent la racine de la cuisse, semant sur leur passage des germes qui vont dévaster le pied et la jambe.

C'est vers l'âge de 7 ans, trois ans après le premier accident, que la racine de la cuisse se prend et présente une longue suppuration qui aboutit à la cicatrice gaufrée mentionnée dans notre examen.

Entre temps, sur le sternum, apparaît une grosseur qui se boursoufle, soulève la peau, s'ouvre à l'extérieur et se fistulise pendant un certain temps.

Peu à peu la jambe s'infiltre. Tous les orteils sont englobés dans le processus, le pied se déforme légèrement. Vers l'âge de 10 ans, la jambe a à peu près complètement perdu sa forme et pris l'aspect qu'elle présente aujourd'hui.

Les lésions progressent en même temps au niveau du pied et ce n'est que vers 14 ans que la peau s'est totalement épaissie et l'a placée dans la situation actuelle. La jambe s'ulcérait

en certains points qui, au fur et à mesure, se recouvraient de croûtes grises d'une grande épaisseur.

A la même époque, c'est-à-dire il y a deux ans, le cou présente les premières atteintes, d'abord sous le maxillaire, puis le long du sternomastoïdien.

Il y a un an, l'auriculaire de la main droite se prend à son tour, s'ulcère ; il y a quatre mois, sur le gros orteil du pied gauche, apparaît la tuméfaction rouge qui vient de s'ulcérer ces jours-ci, et, à peu près au même moment, un bouton apparaissait sur la pommette gauche.

Pendant tout ce temps, l'état général se maintient, somme toute, d'une manière satisfaisante. Malgré leur multiplicité et la grande étendue prise par les lésions, aucune complication ne vient menacer l'existence de cette enfant. L'évolution des lésions s'est faite sans grand fracas, sans douleur, sans commander l'immobilité et le repos ; l'enfant a continué à se servir de ses membres, à marcher, à courir même et à sauter sur son pied difforme ! Ni fièvre, ni toux ; un amaigrissement notable, mais conservation de l'appétit, digestion facile et régulière.

Observation III

(Thèse de Cronier. Obs. I)

Garçon âgé de 6 ans. A 4 ans, un petit nodule apparaît à la partie postérieure de la zone gauche, en avant de la branche montante du maxillaire inférieur. Cette saillie ne s'ouvre qu'au bout d'un an, donnant issue à un peu de pus séreux renfermant des grumeaux. Le suintement persiste pendant six mois environ. Le trajet fistuleux est complètement cicatrisé depuis quelques mois.

La mère de l'enfant nous consulte, parce que, depuis la fermeture de la fistule, il se développe quelques saillies au pour-

tour de la cicatrice. Voici ce que l'examen nous permet de constater.

La cicatrice est plate, lisse et luisante, violacée, légèrement déprimée, ovalaire, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes. Elle est circonscrite par une mince couronne brunâtre de tubercules lupiques. Les ganglions sous-maxillaires sont volumineux, indolents et mobiles.

L'enfant ne présente pas d'autres localisations tuberculeuses.

La mère porte au-dessous de la symphyse du menton une fistule adhérente à l'os.

Elle a perdu un enfant de méningite tuberculeuse.

Observation IV

(E. Jeanselme)

F... Alphonse, âgé de 13 ans, tourneur, entré dans le service de M. Hallopeau, le 9 mai 1887, salle Bichat, N° 2.

Ce jeune homme, vigoureux en apparence, ne tousse pas, ne maigrit pas, n'offre aucun signe de tuberculose pulmonaire. Il présente pourtant des antécédents suspects ; il a eu dans son enfance beaucoup de gourme, des maux d'yeux très rebelles et des coryzas répétés avec des croûtes adhérentes dans les narines ; il porte sur la fesse droite la cicatrice d'un abcès datant de l'âge de 6 ans et qui aurait duré cinq à six mois. Le père du malade est mort à 35 ans, après quatre ans de maladie, d'une affection chronique des organes respiratoires consécutive à une pleurésie.

Nous ne trouvons rien à signaler du côté de sa mère et de ses collatéraux. Depuis longtemps, ce malade portait, dans les régions sous-maxillaires, de nombreux ganglions, lorsqu'il y a trois ans, deux d'entre eux s'abcédèrent. Le premier qui perça était situé derrière l'angle gauche de la mâchoire, on voit encore en ce point une cicatrice plate et violacée ; en

même temps, du pus s'écoulait par le conduit auditif du même côté, et depuis cette époque le malade n'entend plus de l'oreille gauche. La deuxième glande suppurée s'est ouverte au-dessous du corps du maxillaire, à égale distance du menton et de l'angle gauche de la mâchoire, le trajet resta longtemps fistuleux, de son contour partit une plaque rouge, qui a gagné la zone gauche, et monté progressivement jusqu'au bord adhérent de la paupière inférieure correspondante. A mesure que la plaque lupique envahissait des régions plus élevées, sa partie inférieure se guérissait.

Actuellement, une cicatrice mince, plate, d'un rose-violacé, ayant 10 centimètres de longueur sur 6 de largeur, s'étend depuis le bord inférieur de la mâchoire sur la plus grande partie de la joue; elle est bordée supérieurement par une zone de lupus en activité, large de quatre à cinq centimètres, et recouverte en partie par des croûtes jaunâtres et demi-molles, sous lesquelles le lupus est ulcéré superficiellement.

La paupière inférieure de l'œil gauche est à peine intéressée, de sorte qu'il n'y a pas d'ectropion ; mais son inextensibilité due au lupus empêche la fermeture complète de la bouche. Quand le malade veut vaincre cette résistance, la peau de la paupière inférieure est légèrement tiraillée.

Dans la zone active du lupus, les nodules tuberculeux sont évidents au doigt et à l'œil. Dans les régions cicatricielles, il paraît exister des nodules profonds, sensibles au doigt, mais invisibles.

Les ganglions du cou sont nombreux, durs et mobiles, accumulés surtout au point où s'ouvrit l'abcès ganglionnaire, point de départ du lupus.

Observation V

(Observ. XV, th. Renouard, 1884; résumée, recueillie par Molènes)

Pale... Antonin, 26 ans, cultivateur.

Pleurésie durant 6 semaines; adénopathies sous-maxillaires suppurées.

Le malade, très intelligent, insiste sur l'*origine ganglionnaire* de son lupus; à la suite de la pleurésie il se serait produit une hypertrophie ganglionnnaire assez généralisée, mais ayant son maximum dans les régions cervicales et sous-maxillaires, où deux ou trois ganglions subirent à gauche un processus ulcératif suppurant pendant très longtemps, et se recouvrant, au pourtour des ouvertures, de bourgeons fongueux d'où partit l'invasion tuberculo-ulcéreuse qui gagna consécutivement le menton et progressivement la face dans l'espace de 13 ans.

Actuellement, l'aspect du visage est absolument affreux et répugnant, un vaste lupus ulcéreux recouvert de croûtes jaunâtres, verdâtres, de quelques squames ou croûtelettes à la périphérie, mais surtout de vastes lacs purulents siègent sur les deux zones, les deux lèvres sont énormes et ne permettent ni l'issue de la langue, ni la découverte des dents, ni l'alimentation solide; l'infiltration s'étend à la face interne de la lèvre inférieure et à la gencive correspondante. Des placards non ulcérés occupent le pourtour palpébral et la racine du nez. Le cou est le siège de vastes brides cicatricielles en entonnoir, correspondant aux anciens ganglions suppurés.

Ailleurs se rencontrent de vastes placards dont la périphérie est recouverte de croûtes dont le centre est en voie de cicatrisation.

Après six mois de traitement, grande amélioration locale, mais toux et légère hémoptysie.

Observation VI

(Observ. XLVI, th. Renouard, 1884 ; résumée)

Thom.... Pauline, 35 ans. Début de la lésion lupique à 3 ans *sur la cicatrice d'une adénite sous-maxillaire droite*, accroissement très lent : application étendue d'une pommade caustique prescrite en ville, et généralisation du lupus à toutes les parties saines auparavant ; à 33 ans, le lupus occupe toute la face, le cou et les oreilles ; il y a un an, première hémoptysie.

Actuellement, les lésions n'ont épargné que le front et s'étendent en bas, jusqu'à la ligne bi-claviculaire en avant, et bi-scapulaire (épines des omoplates) en arrière, n'empiétant pas sur le cuir chevelu.

Observation VII

(Observ. XXIX, th. Renouard, 1884 ; résumée)

Gaud.... Alphonsine, 17 ans. Mère morte phtisique, ophtalmies et bronchites fréquentes. Début à 12 ans d'un lupus tuberculo-ulcéreux, par un placard sous-mental aujourd'hui guéri ; il s'était développé sur les bords d'une adénopathie ulcérée et cicatrisée.

Actuellement, la lésion occupe toute l'extrémité cartilagineuse du nez ; l'aile gauche a disparu et la narine correspondante est presque oblitérée. Lupus tuberculeux, bourgeonnant et fongueux de la gencive supérieure, adénopathie sous-mentale et sous-maxillaire, chapelet profond sur les parties latérales du cou descendant jusqu'au triangle sous-claviculaire. Tuberculose pulmonaire.

Observation VIII

(E. Jeanselme)

Meyer Eugénie, âgée de 12 ans, examinée à la consultation externe de M. Besnier, le 13 décembre 1887.

La mère nous raconte que son enfant a commencé à avoir des glandes au côté gauche du cou vers l'âge de 18 mois. Huit mois plus tard, plusieurs s'ouvrirent, les orifices restaient fistuleux pendant une grande partie de l'année, puis se fermaient quelques mois pour se rouvrir de nouveau ; il y a quatre ans, les abcès n'étaient pas complètement fermés quand le lupus débuta. Au dire de la mère, la plaque lupique commença exactement au pourtour de la fistule d'un glanglion situé au-dessous du lobule de l'oreille gauche.

Actuellement, on remarque sur le côté gauche du cou quatre cicatrices ganglionnaires irrégulières sillonnées de brides saillantes. De celle qui siège au-dessous de l'oreille gauche, part un lupus tuberculeux encore en activité, envahissant le lobule et la partie inférieure du pavillon.

Observation IX

(Observ. XVI, th. Renouard, 1884 ; résumée)

Rouss Louise, 33 ans, domestique. Bronchites fréquentes. Début d'un lupus tuberculeux à 17 ans, à la suite d'une adénite suppurée sous-claviculaire droite ; longtemps stationnaire, la lésion cutanée s'étend sous forme de collerette sur les régions sous-maxillaires droite et sous-mentale depuis deux ans, et toujours à la suite d'adénites suppurées des os de la région. Il existe actuellement, à l'extrémité gauche du placard lupique, une petite tumeur ganglionnaire, d'où la pression fait sortir un pus jaunâtre et des gouttelettes de sérosité sanguinolente.

Début de tuberculose pulmonaire, hémoptysie il y a trois semaines.

Observation X

(E. Jeanselme)

Ch.... Adolphe, 28 ans, bourrelier, entré le 6 décembre 1887 dans le service de M. Hallopeau, salle Bichat, N° 57.

Ce malade a passé son enfance à la campagne, dans le département d'Eure-et-Loir, n'a pas eu de gourme et n'était pas sujet aux maux d'yeux, aux coryzas, aux bronchites.

Il arrive à Paris à 15 ans ; l'année suivante, il se cogna fortement contre une charpente au niveau des dernières vertèbres lombaires ; il s'ensuivit une suppuration qui dura un an; il y a dans cette région deux cicatrices enfoncées et pigmentées, surtout à la périphérie. Dans leur voisinage on remarque deux autres cicatrices plus grandes, il y en a une également au niveau du grand trochanter: aucune d'elles ne paraît adhérente aux os sous-jacents.

Vers l'âge de 17 à 18 ans, notre malade dut entrer à l'hôpital pour une pleurésie sèche ; pendant son séjour il fit remarquer au médecin qu'il portait au centre du dos de la main gauche une saillie du diamètre d'une pièce d'un franc ; bientôt elle rougit et on l'incisa ; il en sortit du pus, la plaie ne se cicatrisa pas; au contraire, de sa périphérie partit une rougeur qui gagna peu à peu tout le dos de la main. Ce lupus a été traité successivement par la scarification et l'emplâtre de Vigo dans le service de M. Olivier, et par les pointes de feu dans le service de M. Hallopeau. On peut le considérer comme actuellement éteint ; toute la peau du dos de la main gauche est transformée en une membrane cicatricielle, mobile, lisse, luisante, animée, un peu parcheminée, et recouverte par places de squames minces et sèches ; sur le fond coloré en brun-violet, tranchent de nombreuses cicatrices de pointes de feu. Les os sous-jacents

ne paraissent pas altérés. De nombreux lupus se sont développés sur le membre supérieur gauche, consécutivement au lupus de la main. A la partie moyenne du bord externe de l'avant-bras correspondant sont disposées, en séries linéaires, trois cicatrices irrégulièrement ovalaires du lupus guéri. Une autre cicatrice plus petite existe à la partie moyenne du bord cubital de l'avant-bras du même côté. Enfin on remarque encore deux autres cicatrices sur ce membre supérieur gauche : l'une siège entre l'olécrâne et l'épicondyle, elle a la forme et le diamètre d'une pièce de cinq francs en argent ; l'autre est située au-dessus de l'épitrochlée, elle n'adhère pas au ganglion qu'on sent aisément couler sous la peau cicatricielle; une autre glande plus volumineuse siège à 2 centimètres au-dessus de la première. Les ganglions axillaires gauches ne paraissent pas intéressés. Le membre supérieur droit et les membres inférieurs ne portent pas de cicatrices.

Un peu avant la pleurésie et le début du lupus sur la main gauche, était apparue, derrière le pavillon de l'oreille droite, une glande qui perça spontanément au bout d'un mois, le trajet fistuleux persista au moins quatre ans. De sa périphérie partit une plaque rouge recouverte de croûtes, qui s'étendit vers la joue, et finit par occuper les deux faces et le bord libre du pavillon de l'oreille. Actuellement, toute la région qui a été envahie par le lupus est occupée par une cicatrice plane, lisse, blanche, qui s'avance en arrière sur l'apophyse mastoïde et déborde en avant sur la joue entre l'angle de la mâchoire et l'articulation temporo-maxillaire, le lobule de l'oreille qui est adhérent par une sorte de pilastre ; sur le bord libre du pavillon de l'oreille aminci et usé par le lupus, existe une zone brunâtre de tubercules en activité.

Il y a de grandes cavernes pulmonaires, l'état général est très mauvais, un frère du malade est mort de la poitrine.

En résumé, la chronologie des accidents est la suivante :

1° abcès froids des régions lombaire et trochantérienne; 2° suppuration d'un ganglion rétro-auriculaire, origine d'un lupus; 3° abcès du dos de la main gauche devenant fistuleux et inoculant la peau sous forme de lupus; 4° nombreuses plaques lupiques se développant sur l'avant-bras gauche à la suite du lupus de la main.

Observation XI

(Observation due à M. Besnier, publiée dans la thèse d'agrégation de M. Quinquaud, 1883, et dans la thèse de doctorat de M. Renouard, 1884).

D..., 36 ans, facteur des postes, a été traité à l'hôpital Saint-Louis en 1860, par Bazin, pour un abcès ganglionnaire rétro-auriculaire suppuré (teinture d'iode, huile de foie de morue, etc.). Autour de la cicatrice, développement d'une plaque de lupus tuberculeux qui évolue pendant quinze ans; elle occupait, en 1875, au moment où ce malade entra dans mon service à Saint-Louis, les régions rétro-auriculaire et parotidienne et présentait les caractères typiques du lupus Willam. Traité par moi par les cautérisations au nitrate de plomb et au bromure de potassium appliquées sur la surface malade, préalablement réséquée (procédé très douloureux, mais extrêmement satisfaisant au point de vue de la rapidité et de la solidité du résultat), la guérison fut belle et rapide. Le malade était de bonne santé apparente, sans trace de tuberculose pulmonaire, et il put reprendre son dur métier de facteur et le continuer jusqu'en 1878. Il était alors âgé de 40 ans. Lorsqu'il revint me voir, au commencement de 1878, il m'apprit qu'il venait d'avoir une pleurésie, et l'auscultation montra les signes d'une phtisie pulmonaire avancée. Il présenta en même temps deux vastes gommes scrofulo-tuberculeuses à marche aiguë, l'une au-devant du sternum, l'autre au-devant du tibia, et il succomba en 1879 à la phtisie pulmonaire. La cicatrice du lupus était restée très belle, à peine quelques petits foyers à la

périphérie de la cicatrice. Donc guérison du lupus en 1875, mort du malade phtisié en 1879.

Observation XII

(E. Jeanselme)

Creu.... Adélaïde, âgée de 47 ans, couturière, entrée le 4 décembre 1887 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Hallopeau, salle Bichat, N° 47.

Cette femme, très bien portante en apparence, n'a jamais fait de maladies graves dans son enfance ; elle n'était pas sujette aux bronchites, aux maux d'yeux, elle ne porte pas de taies cornéennes. Le seul détail à relever de ses antécédents, c'est une douleur violente des deux oreilles accompagnée de gonflement, et qui aurait duré six semaines, vers l'âge de 7 ans.

Les poumons paraissent absolument sains. Des deux enfants de cette femme, l'un a 20 ans et est très bien portant, l'autre est mort en bas âge de troubles digestifs. Le père de notre malade est mort de phtisie pulmonaire.

Il y a vingt ans, cette femme s'aperçut qu'elle portait une glande mobile à la face interne du coude droit ; elle ne se rappelle pas avoir eu à cette époque une solution de continuité de la main ou une lymphangite. Cette glande se développa progressivement, atteignit le volume d'un petit œuf et creva spontanément deux ans après son apparition. L'abcès resta fistuleux pendant deux ans, puis se cicatrisa. Deux ou trois mois après, la malade s'aperçut qu'il se développait *sur la cicatrice même une rougeur un peu saillante,* non douloureuse et non prurigineuse. Pendant treize ans, c'est-à-dire jusqu'il y a deux ou trois ans, le développement de cette plaque fut très lent, elle atteignit tout au plus cinq à six centimètres de diamètre ; mais, à partir de cette époque, le lupus gagna

rapidement dans tous les sens; la malade entra alors (juillet 1884) dans le service de M. Vidal, elle y fut traitée par l'ignipuncture, et quand elle quitta l'hôpital après un séjour de 3 mois, le lupus était presque complètement éteint, tout le centre était blanc, cicatriciel; à la périphérie il y avait quelques petites saillies rouges, probablement des tubercules lupiques.

Il y a un an environ, toutes les régions cicatrisées furent de nouveau envahies; néanmoins la malade ne fit aucun traitement jusqu'il y a trois semaines, époque à laquelle elle vint à la consultation de Saint-Louis, où on lui ordonna une pommade qui aurait produit une vive irritation. Actuellement, le lupus occupe la face postéro-interne de l'articulation du coude, il remonte sur la face interne du bras; sa hauteur atteint 10 centimètres. Son bord inférieur envoie un prolongement en dehors dans la saignée du bras. De nombreux tubercules lupiques, d'un jaune-brun, sont disséminés sans ordre; ils sont pourtant groupés de préférence en certains points de la périphérie. Le fond de la plaque est d'un rouge-vineux, manifestement cicatriciel en certains points. Partout il y a des exulcérations douloureuses découpées en arabesques et dont le fond est jaunâtre. Ces exulcérations ne se sont développées que depuis l'application de la pommade. Au point même où la glande s'est ouverte, d'après la malade, c'est-à-dire en avant de l'épitrochlée et un peu au-dessus de l'interligne articulaire, *existe un noyau cicatriciel induré*, au niveau duquel la surface du lupus est lisse, luisante et très légèrement déprimée. En aucun autre point du lupus il n'existe d'induration et de dépression semblable. Il est impossible de sentir le ganglion épitrochléen, ce qui porte encore à croire que le noyau induré situé au centre du lupus est bien le ganglion dégénéré.

L'aisselle droite contient un gros ganglion mobile qui devient sensible par la pression ou la fatigue. C'est depuis

trois semaines seulement que la malade s'est aperçue de l'existence de cette glande, elle n'a pas observé de traînées lymphangétiques le long du bras. Pas de cicatrice de lupus ou d'abcès froid dans d'autres régions.

Observation XIII

(Observ. XXII, th. Renouard ; résumée)

Bert.... Clémence, 23 ans. Début du lupus tuberculeux à 11 ans sur *l'ouverture d'un petit abcès suppuré de la pommette*, très bon résultat local par les scarifications (15 séances), mais réapparitions fréquentes de nodules tuberculeux au milieu de la cicatrice, léger ectropion consécutif. Il y a un an, dépérissement graduel, puis hémoptysies, schème de congestion.

Observation XIV

(Observ. XXXI, th. Renouard, 1884 ; résumée)

La fille aînée d'une femme atteinte de lupus tuberculo-ulcéreux présente, au centre de la joue gauche, *une gomme ulcérée, cicatrisée, qui est encore le siège d'une légère induration*, d'une vive rougeur, et dont l'aspect est identique à un lupus bénin.

M. Besnier y rencontre plusieurs grains de milium, mais sans squames ni croûtes. Cette enfant a de la blépharite chronique et de l'ophtalmie granuleuse.

Observation XV

(E. Jeanselme)

C.... Guy, 45 ans, boucheur à l'émeri, entré le 2 mai 1887 à Saint-Louis, service de M. Hallopeau, salle Bichat, N° 3. Homme d'apparence vigoureuse, ne crache pas, ne tousse pas, ne paraît pas avoir d'antécédents héréditaires ; pourtant une de ses sœurs a une écrouelle au cou.

Notre malade a des cicatrices de polyadénite cervicale suppurée depuis son enfance.

Il y a vingt ans, à 25 ans, il tombe sur le bord d'un poêle en fonte chaud, brûlure profonde de la joue droite qui met quatre ou cinq mois à se cicatriser. Avant que la perte de substance soit complètement formée, il se développe, en arrière de l'angle droit du maxillaire, un abcès qui se rouvrit plusieurs fois et qui ne se ferma définitivement qu'après plusieurs mois.

La brûlure était cicatrisée depuis un certain temps quand il se forma un second abcès sur la joue droite au-dessus de la cicatrice de la brûlure, il persista pendant sept à huit mois; c'est seulement dix ans plus tard que commença à se développer un lupus, à une certaine distance des cicatrices de l'abcès de la joue et de la brûlure et non sur elles.

Actuellement, plaque de sept à huit centimètres de longueur sur quatre de largeur, occupant la moitié antérieure de la joue droite ; elle est légèrement surélevée au-dessus des parties voisines et formée d'un tissu gris-violacé, cicatriciel, parsemé de nodules jaunâtres et comme translucides, sensibles à la vue et au doigt. A la périphérie, ces tubercules se fusionnent et forment un bourrelet qui supérieurement remonte jusqu'au bord adhérent de la paupière inférieure droite. Coryza chronique, croûtes épaisses et infectes dans le nez.

Observation XVI

(E. Jeanselme)

Gatelier Alfred, âgé de 37 ans, entré le 31 janvier 1887 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Hallopeau, salle Bichat, N° 42.

La mère de ce malade est morte à 58 ans; elle toussait et crachait abondamment depuis cinq ans, elle avait des hémoptysies et succomba avec des accidents méningitiques. Notre malade a eu vingt frères ou sœurs, sur ce nombre il n'y a que

cinq survivants, ils toussent, mais sont néanmoins assez bien portants.

Le début de l'affection remonte à l'âge de 9 ans; à cette époque apparut vers le centre du dos de la main gauche une saillie divisée en deux par une crevasse ; cette saillie était survenue en apparence spontanément, car le malade ne se souvient pas d'avoir eu une écorchure ou une plaie à ce niveau.

Cette nodosité n'avait pas de tendance à l'extension, elle persista dix-huit mois, puis s'affaissa et fut remplacée par une mince cicatrice incomplète.

En 1872, à 22 ans, le malade eut deux doigts de la main gauche, le médius et l'annulaire, pris dans une machine, des esquilles s'éliminèrent ; la plaie mit près de quatre mois à guérir, sans qu'il y eût récidive de lupus à ce moment.

La première phalange des deux doigts blessés est considérablement raccourcie.

En 1873, à 23 ans, de nombreux abcès ganglionnaires se développèrent des deux côtés du cou au-dessous et en arrière des angles de la mâchoire ; ils finirent par se réunir sur la ligne médiane du cou, dessinant ainsi une mentonnière. Le malade fit pour cette affection un séjour d'un an dans le service de M. Lailler ; traitement avec des flèches de canquoin.

En 1880, à 30 ans, nouvelle série d'abcès, surtout au niveau de la moitié gauche du cou.

Un abcès isolé s'ouvrit immédiatement au-dessus de la fourchette sternale sur la ligne médiane. Les cicatrices sont peu difformes, excepté la sus-sternale.

En 1885, à 35 ans, apparaît sans douleur et sans plaie, sur la face dorsale de l'avant-bras gauche, à l'union du tiers moyen et supérieur, un petit abcès qui ne perça qu'au bout de 2 mois ; la peau qui le recouvrait était très mince, violacée, la fluctuation était très nette ; le liquide assez clair qui s'écoula était mélangé de sang. Bientôt au pourtour de l'ori-

fice se développèrent des nodosités lupiques. Puis, dans l'espace de 18 mois, le lupus descendit, occupant tout l'avant-bras et la face dorsale de la main, laissant des espaces assez considérables de peau saine.

Actuellement, le lupus occupe les deux tiers inférieurs du bras, l'avant-bras, le dos de la main et des premières phalanges ; les deux dernières et la face palmaire de la main sont respectées.

Au centre du dos de la main, dans l'étendue d'une pièce de cinq francs en argent, la peau est épaissie, ridée, sèche et sans élasticité ; cette zone cicatricielle est entourée de tous côtés par une zone lupique en activité. Celle-ci est réduite du côté externe de la main, c'est-à-dire du côté du pouce, à une mince bande linéaire de tubercules, elle est au contraire très développée en haut où elle recouvre toute la face dorsale du poignet, en dedans où elle s'étend jusqu'au bord cubital de la main, enfin en bas où elle gagne la face dorsale des trois phalanges du médius et l'auriculaire, et la première seulement de l'index et de l'annulaire. Toute la zone active est d'un rose très vif, la peau est épaissie à son niveau, elle forme comme un bourrelet terminé du côté périphérique par un rebord ondulé et capricieux, mais nettement tranché. Sur cette surface sont disséminés de nombreux tubercules lupiques, un peu saillants au doigt et à l'œil, d'un rouge-jaunâtre à surface lisse et brillante quand elle n'est pas excoriée. Tantôt le nodule est circulaire, tantôt il est beaucoup plus développé suivant un de ses diamètres, formant une courte traînée linéaire.

Sur le bord périphérique, les nodosités se groupent sur une seule ligne sinueuse. En dehors de ce rebord, existent à une distance variable des nodules erratiques jetés au hasard au milieu des parties saines. De très nombreuses squames grisâtres, adhérentes, un peu humides recouvrent le fond de

la zone active devenue un peu eczémateuse, sans doute à la suite de l'application de pommade salicylée et de compresses de sublimé.

Observation XVII

(Obs. XLII, th. Renouard, 1884; résumée)

Alth... Marie, 40 ans. Début de lupus tuberculeux à 15 ans, il y a donc 25 ans, par un abcès du sac lacrymal incisé au pourtour duquel la lésion lupeuse prit naissance, pour s'étendre à la joue droite; successivement, le front et la joue gauche sont envahis. L'infiltration finit par occuper toute la face. Dix ans après le début du lupus, se manifeste le premier accès de cachexie tuberculeuse. Mort par phtisie au troisième degré, il y avait en outre une péritonite granuleuse avec abcès enkystés et une arthrite fongueuse suppurée du genou.

Observation XVIII

(Obs. XXX, th. Renouard, 1884; résumée)

Fis... Marie, 15 ans, grands-parents paternels, grand'mère maternelle et mère, morts de la poitrine. Amputée en Belgique pour une tumeur blanche du genou dont l'étude histologique n'a pas été faite. Moignon très bien conformé, cicatrice centrale sur laquelle s'est développé peu de temps après, à l'âge de 8 à 10 ans, un lupus tuberculeux, à contours festonés, croissant rapidement et occupant à l'heure actuelle toute la base du moignon et débordant légèrement sur la surface externe de la cuisse.

Polyadénite cervicale et sous-maxillaire, nombreuses cicatrices lenticulaires sur la fesse droite. Tuberculose pulmonaire probable.

Observation XIX

(Lever (de Halle) Fortschritt der Medezin, 1887 ; *Gazette hebdomadaire*, 21 octobre 1887, p. 679)

Enfant de 12 ans. A 3 ans, coxalgie tuberculeuse à cours lent. A 4 ans 1/2, ouverture spontanée de deux abcès donnant du pus. Deux fistules donnent issue à des fragments osseux.

On appliqua sur les fistules de la ouate imbibée d'acide phénique à 3 pour 100 et recouverte d'une plaque de gutta-percha de mêmes dimensions que la ouate, c'est-à-dire environ la grandeur des deux mains.

Le pansement n'était renouvelé que tous les cinq ou six jours, quelquefois plus rarement encore. La septième année de la maladie, la suppuration tarit et les fistules se cicatrisèrent rapidement, mais la peau environnant les cicatrices resta malade, s'hypertrophia et présenta bientôt les caractères du lupus. Dans la peau enlevée avec des pinces et des ciseaux, je constatai la présence des granulations tuberculeuses et des bacilles.

Des lotions au bichlorure de mercure eurent raison de la maladie.

L'enfant était d'ailleurs resté assez vigoureux, ses poumons étaient sains et son urine ne contenait pas d'albumine.

Observation XX

(Due à M. Georges Thibierge, médecin de l'hôpital de la Pitié)
Lupus éléphantiasique du membre supérieur consécutif à une tuberculose des os de la main, compliquée d'érysipèles récidivants.

H..., ouvrier en caoutchouc, âgé de 35 ans, m'est adressé, le 11 mai 1896, à la consultation dermatologique de l'hôpital de la Pitié.

Il présente sur le tégument une série de lésions qui

occupent le membre supérieur gauche, l'oreille gauche, le cou et la fesse gauche.

Les lésions les plus importantes, celles sur lesquelles je désire appeler tout spécialement votre attention, occupent le membre supérieur gauche.

L'avant-bras est le siège d'une tuméfaction considérable; les mensurations donnent les résultats suivants :

	A gauche.	A droite.
Circonférence du poignet.....	24 centim.	18 centim.
Circonférence de l'avant-bras à la partie moyenne.....	30 —	25 —
Circonférence à trois travers de doigt au-dessous du pli du coude.	33 —	27 —

La tuméfaction est à peu près régulière, quoique un peu plus accentuée à la partie postérieure, elle porte sur le tégument qui est à la fois œdématié et légèrement scléreux; elle s'arrête à la partie inférieure du bras, à 4 ou 6 centimètres au-dessus du pli du coude, et y est limitée par une ligne circulaire. La main présente sur la face dorsale un léger degré d'inflammation; en ce point, la sclérose dermique prédomine beaucoup sur l'œdème. A la face palmaire il n'y a ni tuméfaction, ni diminution de reliefs des éminences.

La main offre des déformations très remarquables portant exclusivement sur les doigts. L'auriculaire est réduit à sa troisième phalange; celle-ci, surmontée d'un angle normal comme dimensions, mais un peu plus convexe que ses voisins et strié longitudinalement, est mobile sur le métacarpe; il semble que l'os, aplati transversalement, entre en contact avec la partie postérieure de la tête du métacarpien; à la face palmaire la peau se prolonge sous la base de ce doigt, de façon à constituer un bourrelet analogue à celui sur lequel reposent les orteils.

L'index mesure 45 millimètres de longueur, il est réduit à

la moitié environ de son diamètre transverse et recourbé, la concavité de la courbure tournée vers le bord cubital et en arrière; il résulte de cette déformation que son extrémité libre correspond à la partie supérieure de la face dorsale de la première phalange du médius; son ongle, transformé en une corne noirâtre de 8 millimètres d'épaisseur sur 6 millimètres de largeur et 13 millimètres de longueur, est strié longitudinalement, recourbé en any-chagriphose, il vient se mettre en rapport avec la base du médius, et a déterminé sur la face dorsale de ce dernier une ulcération transversale de près de 1 millimètre de profondeur et de 5 à 6 millimètres de longueur.

Il résulte encore de cette modification dans la forme de l'index, que le bord externe du médius n'est plus en rapport qu'avec la base de l'index et que le pouce, dans son mouvement d'opposition, vient se mettre en rapport avec les deux dernières phalanges du médius. Le mouvement de préhension est par suite peu gêné et le malade peut encore se livrer à des travaux manuels lui permettant de gagner sa vie.

Les téguments du membre sont le siège de lésions multiples : sur les doigts médius et annulaires la peau est rouge, brillante, lisse, squameuse par places, à la face dorsale, mais en somme peu altérée; la peau qui recouvre le reliquat de l'auriculaire est saine; celle de l'index est atrophiée, dure, plaquée contre ce qui reste des phalanges.

Le pouce sur la face dorsale est recouvert de squames épaisses, disséminées, sans tendance à la formation des papillomes, sauf à la partie externe.

Les lésions cutanées sont plus développées à l'avant-bras où on rencontre deux ordres d'altérations.

D'une part, des *placards papillomateux*, l'entourant au-dessus du poignet d'un bracelet complet, plus large à la partie externe à la face antérieure, et surtout à la partie interne où

il mesure 6 centimètres de hauteur; au niveau du cubitus, les papilles d'une dureté cornée, acuminées, à la base arrondie, sont plus larges et plus développées. Elles atteignent jusqu'à 3 millimètres d'épaisseur et sont fortement adhérentes; dans les autres points du contour du poignet, elles ne dépassent guère 1 millimètre, mais sont partout très rapprochées, de façon à former une surface continue.

Sur la partie supérieure de l'avant-bras, la peau ne présente, en aucun point, l'aspect papillomateux.

Mais à la partie postérieure, on trouve des *nodules lupiques* caractéristiques, de largeur d'un gros pois, avec leur coloration rouge-jaunâtre, ne disparaissant pas par la pression, les uns de niveau avec la peau adjacente, les autres légèrement saillants; aucun d'eux n'est ulcéré; la plupart sont recouverts de squames blanches adhérentes, assez épaisses. Ces nodules lupiques sont disséminés à la partie inférieure de l'avant-bras, plus nombreux, confluents même par places dans le tiers supérieur de l'avant-bras et dans la région interne.

En outre, sur les deux tiers inférieurs, la peau de la face antérieure de l'avant-bras présente de nombreuses cicatrices superficielles, arrondies, ayant une grande analogie avec les cicatrices des brûlures.

Atrophie très notable des muscles du bras et du deltoïde. On ne trouve aucune trace d'adénopathie dans l'aisselle correspondante.

Outre les lésions on constate :

1° A la partie interne de la fesse et de la cuisse gauche, l'existence d'un immense placard lupique, en grande partie cicatrisé, mais dont l'activité se traduit encore par la présence des trois plaques rouges, dont l'une mesure 15 centimètres de long sur 3 de large.

2° Au niveau du lobule de l'oreille gauche, une infiltration et des nodules lupiques caractéristiques.

3° A la joue gauche, des cicatrices d'abcès correspondant à l'os mallaire et à la branche montante du maxillaire et une diminution considérable du volume de ces os, donnant lieu à une déformation qui rappelle l'aspect de l'hémiatrophie faciale.

4° A la région sterno-mastoïdienne droite, les cicatrices de plusieurs abcès ganglionnaires, dont l'un remontant à 2 mois, n'est pas encore tari. Le malade est maigre, mais ne présente des signes d'aucune lésion viscérale et, en particulier, pas trace de tuberculose pulmonaire. Il ne peut donner des renseignements sur la santé de son père qu'il n'a pas connu ; sa mère est bien portante, robuste et d'un fort embonpoint. Il a trois sœurs qui jouissent d'une bonne santé. Il a été élevé chez une nourrice qui habitait, au faubourg Saint-Antoine, un logement mal aéré et a été fort mal soigné pendant son enfance.

Vers l'âge de 5 ans, peut-être même plus tôt, il a commencé à avoir, à l'index et à l'auriculaire gauches, des fistules suppurant continuellement, et par lesquelles, à ce que lui a dit sa mère, sont sortis des fragments d'os. Il a toujours eu, depuis l'âge le plus tendre dont il ait conservé le souvenir, ses doigts dans l'état de déformation où ils sont actuellement, et, vers l'âge de 7 ans, l'écoulement se tarit, au niveau des doigts et la suppuration se fit au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne ; puis il se produisit une ulcération qui, du dos de la main, s'étendit sur l'avant-bras et en gagna progressivement toute l'étendue. Cette ulcération finit cependant par se réparer ; vers l'âge de 8 ans, l'avant-bras commença à augmenter de volume, et vers l'âge de 10 ans apparurent les ulcérations dont on voit les cicatrices à sa face extérieure ; vers l'âge de 15 ans, lorsque H.... commença à travailler, apparurent les plaques papillomateuses de l'avant-bras.

Depuis fort longtemps (le malade ne peut en préciser le début), surviennent à intervalles assez rapprochés, environ un mois, des attaques d'érysipèle caractérisées par un gonflement avec rougeur occupant d'abord le dos de la main, ordinairement à sa partie moyenne, puis remontant vers le coude, accompagnées de frissons, de fièvre, de lassitude générale, le tout durant environ deux jours.

Les autres lésions de la surface du corps sont postérieures à celles de la main et de l'avant-bras gauche. Elles ont débuté, celles de la fesse vers l'âge de 12 ans, celles de l'oreille vers l'âge de 28 ans ; seules, celles de la région sterno-mastoïdienne datent de l'enfance, à une époque que le malade ne peut préciser ; vers l'âge de 14 ans elles avaient cessé de suppurer, et c'est seulement il y a un an qu'elles sont repassées à l'état d'activité.

Observation XXI

(Résumée)

Morel-Lavallée : Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose, 1888-1890 ; — Observation II : Tuberculose verruqueuse développée à la peau secondairement à une ostéite tuberculeuse.

X... Y... Pas d'antécédents tuberculeux ni personnels, ni héréditaires. Aspect de strumeuse. Consécutivement à une ostéite métacarpo-phalangienne, se développent les lésions suivantes : «De la racine du médius au bord cubital du métacarpe s'étend un placard à contours irréguliers, vagues, à surface vaguement mamelonnée, recouverte de croûtelles et de squames qui masquent incomplètement la couleur violacée du fond. La coloration livide est surtout accentuée à la périphérie : tous caractères qui en font un lupus papillomateux». A côté de ces lésions caractéristiques, on trouve une distinction à peu près totale de l'auriculaire.

DISCUSSION DES OBSERVATIONS I ET II

Voici donc rapportées nos deux observations de tuberculose verruqueuse consécutive à des foyers profonds : à des lésions synoviales (observation I) ou osseuses (observation II) tuberculeuses ; mais nous affirmons le diagnostic de tuberculose verruqueuse, il s'agit de le démontrer. Comme nos deux observations, tout en ayant un fond commun, diffèrent par la gravité et la marche des lésions qui y sont décrites, nous discuterons leur diagnostic séparément.

Observation I. — Nous posons le diagnostic de tuberculose verruqueuse pour les raisons suivantes : nous avons trouvé dans notre cas : une zone hyperhémique périphérique, des ulcérations miliaires du pourtour de la lésion, de la tendance cicatricielle centrale.

Ce sont là des caractères d'une importance très grande. Nous devons cependant passer en revue les lésions avec lesquelles une confusion serait possible et ainsi ayant procédé par élimination et apportant des preuves suffisantes, nous pouvons affirmer le diagnostic de tuberculose verruqueuse.

La verrue : mais celle-ci est circonscrite, ses dimensions sont bien moindres, elle n'est pas recouverte de croûtes épaisses, mais plutôt de prolongements filiformes, elle ne suppure pas, son évolution est assez rapide ; si celle-ci se termine spontanément, elle ne laisse pas de cicatrice à sa suite, toutes choses que nous trouvons dans notre observation.

Le papillome simple revêt parfois les allures du lupus scléreux, de telle façon que le diagnostic ne peut être fait que par l'histologie et la bactériologie. Dans notre cas particulier il n'en est pas ainsi, le papillome ne présentant pas la tendance

cicatricielle, ni la zone érythémateuse que nous trouvons au niveau de la lésion de notre sujet.

Le lichen plan corné ou hyperkératosique ressemblerait davantage à notre placard verruqueux. En effet, ce dernier est en ce moment très peu fissuraire, presque pas suppurant, il siège à la partie antéro-externe de la jambe, tous caractères qui appartiennent au lichen plan corné. Mais celui-ci n'a pas la couronne limitrophe érythémateuse de la lésion de notre malade, et présente de vives démangeaisons, inconnues de ce dernier.

Les périfolliculites aquinées procurent à la peau une surface mamelonnée, anfractueuse, parsemée de petits orifices suppurants ; mais la marche de cette affection est en général rapide, elle évolue en six semaines ; notre lésion date d'un an et demi. Elle est plus suppurative que cette dernière. Il est vrai que certaines formes ont une marche plus lente qui les rapproche des formes rapides de la tuberculose cutanée (Quinquaud, Pallier).

Les syphilides papuleuses ont des croûtes plus jaunâtres ; si on enlève celles-ci, on tombe sur une papule. Elles ont une disposition circinée et ne présentent pas de sécrétion purulente. Ici rien dans les antécédents ne peut y faire penser.

Il faut enfin penser à *l'eczéma corné végétant*, qui présente un tableau semblable à celui de la tuberculose verruqueuse, mais s'entoure d'une zone inflammatoire rouge livide, en étalant une surface sèche parfois plâtreuse ; symptômes que nous ne retrouvons pas dans notre observation.

Ayant éliminé toutes les affections susceptibles d'être confondues, nous affirmons, nous appuyant sur cette élimination et sur les symptômes caractéristiques énumérés plus haut, que la lésion présentée par notre malade est bien une tuberculose verruqueuse.

Pouvons-nous avancer la même assertion au sujet de la

deuxième observation ? C'est ce que nous allons voir maintenant.

Observation II. — En apercevant les masses végétantes qui y sont décrites, les sillons et les élevures, la sécrétion purulente et les placards croûteux du membre inférieur, on a pensé immédiatement à une tuberculose verruqueuse, hypothèse confirmée en partie par l'origine ostéopathique des lésions.

Il fallait cependant écarter un diagnostic que pouvait suggérer l'aspect éléphantiasique du pied, c'est celui de localisation lépreuse : lèpre tuberculeuse. Mais la consistance, la localisation et la couleur de la lésion étudiée dans l'observation ne correspondaient pas aux caractères de la lèpre, qui se fixe en général symétriquement et dont les lipomes sont rouge cuivre et insensibles.

Et, d'ailleurs, si un doute était permis encore, l'examen microscopique l'aurait levé immédiatement. « Un des nodules cutané, incisé et soumis à un examen anatomo-pathologique, nous a montré, en effet, en dehors de l'hypertrophie de la couche dermo-papillaire, une infiltration générale des tissus par des cellules rondes, et la présence d'éléments caractéristiques, de follicules tuberculeux avec la cellule géante centrale et la double couronne épithilioïde et lymphocitaire. En outre, malgré des recherches minutieuses pratiquées sur de nombreuses coupes, nous n'avons rencontré aucun élément bacillaire, signe parlant en faveur de la tuberculose. Des lésions lépreuses nous auraient révélé une pullulation intense des bacilles de Hanssen ». (MM. Brousse, Ardin-Delteil).

Fallait-il penser à des lésions de nature syphilitique d'origine héréditaire ? mais il n'existe ici aucun des symptômes de la triade d'Hutchinson et on ne peut vraiment comparer au

point de vue extérieur les lésions observées avec les ulcérations ou des tubercules syphilitiques.

Dans cette observation aussi, la clinique, le microscope et l'étiologie venaient affirmer la nature tuberculeuse des lésions et permettaient de confirmer l'assertion du début : c'est une observation de tuberculose verruqueuse.

Les deux observations que nous venons de rapporter entrent bien dans le cadre de notre sujet : ce sont des tuberculoses cutanées, nous l'avons prouvé ; celles-ci ont été inoculées par des lésions tuberculeuses profondes, nous allons le démontrer en quelques mots.

Dans la première observation, la tuberculose verruqueuse s'est développée sur la cicatrice d'une fistule tuberculeuse : ce n'est certainement pas une coïncidence, mais plutôt un rapport de cause à effet.

Dans la deuxième observation, si nous suivons la description et l'évolution avec soin, nous remarquerons que le début du complexus pathologique relaté a été la lésion osseuse du gros orteil dont l'ouverture a provoqué l'inoculation de la peau et l'apparition de la tuberculose verruqueuse du pied.

Tuberculose, tuberculose verruqueuse, inoculation à la peau de cette lésion par un foyer profond, voici les 3 degrés de la proposition que nous voulions démontrer pouvoir s'appliquer aux observations I et II : nous pensons avoir atteint notre but.

Quel est l'intérêt que présentent ces observations ?

1° Elles rapportent deux cas de tuberculoses verruqueuses inoculées par un foyer profond. Cette forme dans ces cas est assez rare. En 1888, on n'en citait qu'un cas, c'était celui qu'ont rapporté Lyot et Gauthier (1888), où la lésion était consécutive à une fistule d'origine osseuse.

Depuis, plusieurs cas ont été rapportés, dont quelques-uns figurent dans les observations qui accompagnent notre thèse.

La deuxième observation est intéressante par l'étendue et la

multiplicité des lésions, par leur origine plus que suffisante pour en prouver la nature, par leur évolution.

Il est, en effet, fort curieux de trouver chez un même sujet presque toutes les variétés connues de tuberculose de la peau.

DESCRIPTION SYMPTOMATIQUE

Pour décrire les lésions qui dans des cas d'inoculation à la peau à point de départ profond entourent la fistule ou la cicatrice, il faudrait passer en revue l'aspect et l'évolution du lupus scléreux de la tuberculose verruqueuse et du lupus tuberculeux ; nous l'avons fait en partie dans les premiers chapitres de notre thèse, nous n'y reviendrons pas. En effet, l'adjonction de fistules ou cicatrices n'amènent que peu de changements à l'aspect de la tuberculose cutanée.

Demandons-nous d'abord combien de temps après l'établissement de la fistule apparaît la lésion cutanée ?

Comme le lupus tuberculeux est le plus fréquent et le mieux connu, nous le prendrons pour type.

Il peut apparaître à trois époques différentes :

1° Peu après l'évacuation du foyer profond.

2° Longtemps après l'établissement de la fistule.

3° Après cicatrisation dans le tissu inodulaire lui-même ou dans son voisinage.

1er Début. — *Peu après l'évacuation du foyer profond.*

Si nous consultons à ce sujet la statistique de Cronier, nous voyons :

Observation VIII. — Une adénite suppurée sous-auriculaire s'ouvre, suppure, puis laisse voir sur les bords de la fistule une lésion cutanée, c'est le lupus.

Observation X. — Une gomme fait saillie sur le dos de la main ; on l'incise, la plaie ne se cicatrise pas ; bientôt, autour de cette plaie, apparaît le lupus.

Observation XVI. — Quelques tubercules lupiques ne tardent pas à apparaître après l'ouverture d'une gomme suppurée.

Observation XVII. — On incise une collection ossifluente née de l'épicondyle et on draine ; quand on enlève le tube de drainage, l'ouverture persiste, peu après apparaissent des tubercules papillomateux, c'était de la tuberculose verruqueuse.

2e Début. — *La lésion cutanée se développe longtemps après l'établissement de la fistule.*

Observation III. — Après une fistule qui avait donné pendant longtemps, une plaque rouge a gagné la joue gauche.

Observation IV. — Des fongosités apparurent à l'orifice des fistules qui coulaient depuis très longtemps. De ces fongosités partit l'invasion tuberculo-cutanée.

Observation V. — Après une longue suppuration (6 ans), le lupus apparaît autour de la fistule.

Observation X. — Fistule rétro-auriculaire, suppuration de plusieurs années, lésion d'irritation cutanée, puis lupus.

Observation XIX. — Coxalgie suppurée : la 7me année de la maladie, la suppuration tarit, mais la peau environnante resta malade et présenta bientôt les caractères d'un lupus.

3e Début. — *Très fréquent après la cicatrisation du trajet fistuleux* (Observations I, II, V, VI, XI, XII, XIV, etc).

Si à ces statistiques nous joignons les recherches que nous avons faites dans les observations parues à ce sujet, nous n'apporterons pas de chiffres précis (car assez souvent on ne peut déterminer la date du début de la tuberculose cutanée), mais des approximations. Nous placerons par rang de fréquence d'abord, le début au niveau des cicatrices qui se présente dans près de la moitié des cas (en particulier cas de Jeanselme et de Welsch où le lupus s'est développé sur la cicatrice, 10 ans après la guérison de la lésion primitive) ; ensuite le commencement de la lésion secondaire au niveau d'une fistule établie depuis longtemps, ce qui se produit environ dans un tiers des cas; et enfin l'établissement du lupus au niveau d'une fistule ouverte récemment.

ÉVOLUTION DE LA LÉSION CUTANÉE AVEC LE LUPUS TUBERCULEUX COMME TYPE

Deux cas peuvent se présenter: ou on se trouve en face d'un lupus débutant au niveau de l'orifice d'une fistule, ou au contraire, on voit évoluer une tuberculose cutanée sans en apercevoir toujours le point de départ.

1er Cas. — Début au niveau d'une fistule ; voici le tableau que présente l'évolution de la lésion:

La peau, après avoir été soulevée, devient violacée, s'amincit, s'ulcère ou est incisée.

Par l'ouverture ainsi produite s'écoule un pus en général mal lié, les bords de la plaie n'ont aucune tendance à se cicatriser, ils restent décollés et violacés; la fistule est établie. Et ainsi pendant un temps plus ou moins long les «humeurs pécantes» s'écoulent par cet exutoire, sans laisser prévoir la

fin de leur issue. Les bords de l'ouverture prennent meilleure apparence, ils ont la couleur normale de la peau, sauf au niveau de la fistule où ils sont légèrement rouges. Et voici que sans cause connue, parfois consécutivement à un transmutisme, l'aspect de la plaie se transforme ; celle-ci se garnit de bourgeons fongueux de mauvaise nature ; si nous touchons ces derniers, nous les trouvons mollasses, violacés et friables ; notre attention ainsi attirée sur la lésion, nous trouvons de petits nodules, soulevant légèrement l'épiderme, ayant une couleur sucre d'orge ou rouge cuivré. Leur palpation nous fait éprouver la même sensation que nous fit ressentir la pression des bourgeons fongueux. Il n'y a plus d'hésitation possible, ce sont des nodules lupiques. Ces derniers se réunissent d'une façon irrégulière et finissent lentement à la longue par former un placard de lupus.

Dans certains cas, le lupus revêt une forme d'une gravité exceptionnelle, comme celui qui est rapporté par Thibierge : celle du lupus éléphantiasique.

Observation XX. — *2me cas :* Lupus développé sur une cicatrice, le doute est souvent permis.

Nous sommes en effet appelés à soigner un lupus : celui-ci ne présente rien de particulier comme aspect, le malade n'attire pas notre attention sur une lésion ancienne, la cicatrice point de départ peut passer inaperçue. Nous ne ferons pas ici la description de la tuberculose cutanée développée sur une cicatrice, vestige d'une bacillose profonde, car l'aspect de la lésion n'est pas modifié par cette localisation spéciale. On peut cependant dans certains cas (Observation I) apercevoir en dehors du placard de tuberculose cutanée une cicatrice qui n'est autre que le point de départ de ce placard.

D'autres fois enfin nous voyons une cicatrice d'ancienne lésion profonde, à quelque distance d'un lupus, et nous ne

pouvons voir qu'il existe un rapport de cause à effet entre ces deux lésions que grâce aux traînées rubanées sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, que l'on trouve entre elles deux.

Nous avons aussi décrit la façon dont naît et évolue le lupus dans le cas particulier de notre sujet.

Quant à l'étude de l'évolution de la tuberculose verruqueuse, nous renvoyons à la discussion de nos observations. Il nous a paru en effet plus intéressant d'appuyer notre description sur des lésions que nous avions vues.

«La tuberculose verruqueuse secondaire à un foyer profond est exceptionnelle, dit Cronier» et, il n'en cite qu'un seul cas, celui de Lyot et Gauthier.

Les deux nouvelles observations que nous apportons sont toutes deux des relations de tuberculose verruqueuse consécutive à une inoculation par foyers profonds tuberculeux synovial et osseux.

D'ailleurs Leloir en a vu 3 cas consécutifs : 1° à une carie du calcanéum ; 2° à une coxalgie suppurée ; 3° à une fistule à l'anus. Morel-Lavallée en rapporte un autre cas, ainsi que Thibierge.

DIAGNOSTIC ET VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

On peut avoir à faire un diagnostic dans deux périodes différentes : 1° la fistule existe ; 2° elle est remplacée par une cicatrice.

La fistule existe. — Nous trouvant en présence d'une fistule entourée d'une tuberculose cutanée, nous pouvons être embarrassés par bien des questions :

1° La fistule est-elle primitive et a-t-elle engendré l'ulcé-

ration cutanée ou bien la fistule n'est-elle que la conséquence d'un processus tuberculeux ayant son point de départ dans le derme?

Enfonçons un stylet dans la fistule, celle-ci est profonde ou conduit jusqu'à un os; il est bien évident que la fistule est primitive, car une lésion cutanée ne pourrait creuser les tissus à une telle profondeur sur une étendue aussi restreinte presque canaliculaire.

2° Les deux lésions sont-elles concomitantes? Cela est en effet fort possible, nous avons vu que le lupus paraissait pouvoir être inoculé à la peau par un foyer profond, les tissus intermédiaires étant en apparence sains. On pourrait alors trouver un lupus développé par ce mécanisme. Quelque temps après, la lésion profonde qui lui avait donné naissance à distance, s'abcédant, s'ouvre à la peau au milieu du lupus, et nous avons lupus et fistule n'ayant d'autres rapports ensemble que celui de siège.

3° Le lupus qui recouvre un spina ventosa est-il cause ou effet?

Voici donc une série de questions à laquelle un examen même très soigné ne permettra pas toujours de répondre. Mais nous serons aidés et éclairés par l'histoire de la maladie qui, nous donnant des renseignements chronologiques sur l'affection, nous facilitera la recherche et la solution du problème.

La fistule est cicatrisée. — Que le lupus existe encore et qu'il soit remplacé par une cicatrice, la difficulté est la même: elle consiste à reconnaître la présence de la cicatrice point de départ. Et cette découverte n'est pas toujours facile, une fistule assez étroite se ferme, la cicatrice est très petite, autour d'elle se développe un lupus, il aura vite fait de l'enserrer, de l'étouffer en quelque sorte; la tuberculose cutanée se cica-

trisera au centre : cicatrice sur cicatrice, la première disparaîtra.

Si nous sommes appelés à ce moment, il sera bien difficile de faire un diagnostic de point de départ ; en tout cas il faudra penser à la possibilité d'une cicatrice primitive, s'il y a un lupus dans les régions riches en lymphatiques (Jeanselme). Et d'ailleurs dans un assez grand nombre de cas (il en est ainsi pour notre observation personnelle) en recherchant avec soin on aperçoit sur le bord de la tuberculose cutanée une extrémité, un petit morceau de cicatrice primitive qui met aussitôt sur la voie du diagnostic.

Ce dernier sera encore plus délicat si nous avons affaire à un lupus ambulant. Les régions d'abord lésées sont guéries, tandis que l'affection continue d'évoluer plus loin suivant une direction déterminée. Nous verrons dans ce cas lupus, cicatrice de lupus et sous celle-ci excentriquement par rapport au lupus, cicatrice de lésion profonde primitive.

Nous ne pouvons pas souvent reconnaître celle-ci à la vue; mais la palpation nous donnera des renseignements plus précis, car nous sentirons les nodules scléreux au sein de l'amincissement parcheminé si particulier qui succède au lupus guéri.

Disons enfin que dans certains cas embarrassants : tels que les fistules inguérissables d'origine osseuse ou développées au niveau du scrotum et du péroné, l'apparition des nodules lupiques fait cesser toute hésitation et déclarer que la lésion profonde est bien d'origine tuberculeuse : ce qui pour le pronostic et le traitement a une importance indiscutable.

Nous avons considéré au début du chapitre la lésion cutanée comme étant reconnue pour être un lupus, nous ne voulons pas faire le diagnostic différentiel de ce dernier avec d'autres affections : ce n'est pas ici le sujet intéressant.

PRONOSTIC

Nous ne pouvons passer en revue le pronostic de chaque tuberculose cutanée, nous verrons seulement d'abord quel est l'avenir d'un sujet atteint de lupus tuberculeux ordinaire.

Nous nous trouvons en présence d'une tuberculose locale qui peut présenter deux sortes de dangers :

Dangers locaux. — Variables selon la région, pouvant amener aux membres des déformations qui font du malade un infirme, au visage des cicatrices ou des lésions qui défigurent le sujet et peuvent aller jusqu'à lui enlever l'usage d'un ou de plusieurs sens ; nuisant à la nutrition de façon différente.

Dangers généraux. — Et ce sont sans contredit les plus graves : ils se résument en un mot : la généralisation.

En effet, si la loi de Louis a été reconnue fausse dans bien des cas, il n'en est pas moins vrai qu'une tuberculose locale est une épine qui peut lancer des bacilles dans la circulation pour causer des localisations viscérales dont la gravité est un fait acquis :

Tout lupique n'est pas un tuberculeux pulmonaire, mais peut le devenir ; il est même prédisposé à contracter la bacillose pulmonaire, comme le démontrent nettement de nombreuses statistiques faites à ce sujet. Nous devons faire une restriction pour la tuberculose verruqueuse qui n'a aucune tendance à faire de l'infection générale, disait-on autrefois.

Cependant Leloir a vu 5 cas de généralisations plus ou moins étendues sur 8 observations.

Nous venons d'énumérer quels sont les dangers courus par un malade atteint de lupus. Il nous faut envisager maintenant la question d'une façon plus restreinte, et nous demander si le pronostic change lorsque la tuberculose cutanée s'est développée au niveau d'une fistule ou d'une cicatrice.

Développement au niveau d'une fistule. — L'adjonction d'une telle lésion cutanée assombrit singulièrement l'avenir de la région atteinte. En effet, la fistule par définition a peu de disposition à se combler et disparaître; si nous ajoutons à cela une lésion cutanée, les bords détruits ou mis en mauvais état n'auront plus de tendance du tout à se réunir et se cicatriser, et si on tente artificiellement cette réunion, les bords friables et de mauvaise nature s'effriteront et cèderont.

La région qui se trouve en mauvais état par suite de l'existence de la fistule présentera un excellent terrain pour le développement du lupus qui, alors, avec grande facilité, fera courir au malade les dangers que nous avons déjà signalés dans le pronostic général du lupus.

Car si le derme est un mauvais terrain pour le bacille, il devient pour celui-ci un excellent refuge quand il a pu s'y implanter. Et alors la guérison devient problématique et à longue échéance.

Développement au niveau d'une cicatrice. — Dans ce cas, le pronostic en restant grave est cependant moins sombre. En effet, pour la guérison de la fistule les chances d'infection secondaire et une partie des causes de dystrophie des membres sont supprimées ; mais cependant la tuberculose cutanée se développe lentement ; très souvent sûrement. La guérison

s'ensuit en général ; mais une guérison de peu de durée, puisque une récidive se produit souvent sur la cicatrice du lupus, à plus forte raison quand celle-ci couvre une cicatrice de fistule.

TRAITEMENT

Le traitement doit tout d'abord être prophylactique ; nous savons, en effet, qui si le bacille de Koch, venu d'une lésion profonde, s'implante difficilement au niveau du derme, il en est délogé non moins difficilement. Et c'est bien dans ce cas que le vieil adage « mieux vaut prévenir que guérir » peut être appliqué dans toute son acception. Comment arriverons-nous à ce but?

Traitement prophylactique. — Nous nous trouvons en face d'un terrain : la peau, et d'un bacille ; celui de Koch, qui souille les bords de la fistule continuellement. Il y a donc deux indications : 1° Fortifier le terrain ; 2° Détruire le bacille.

1° *Fortifier le terrain.* — Tout d'abord en soutenant l'état général ; nous savons, en effet, que ce sont les débiles, les affaiblis, qui présentent le plus souvent des tuberculoses cutanées. Nous ordonnerons donc, dans les cas de fistules bacillaires, en ingestion : de l'arsenic, du fer s'il n'y a pas de lésions pulmonaires, du quinquina, du sirop iodotannique et en particulier de l'huile de foie de morue qui est un remède presque spécifique en pareil cas, aidé surtout du séjour au bord de la mer.

Mais il ne faut pas négliger pour cela l'état local. Nous devrons donc enlever à ce dernier toute cause qui pourrait le mettre en état de moindre résistance. Par conséquent, veiller

à ce que la région lésée soit continuellement propre, et ceci pour éviter les infections secondaires par les microbes de la suppuration banale. Pour ce faire, des solutions antiseptiques non irritantes seront employées.

Voici donc, par notre traitement, l'état général du malade remonté et l'état local amélioré. Cependant, la fistule coule toujours et malgré nos soins le pourtour en est légèrement irrité ; le sujet a la peau fine, facilement excoriée ; prenons garde, c'est là un terrain tout préparé pour le développement d'une tuberculose cutanée.

Que faire alors ?

Nous avons fortifié le terrain, détruisons le bacille.

Pour arriver à ce but, des moyens plus ou moins radicaux sont à notre disposition. Ces moyens varieront selon le siège et la gravité de la lésion, selon l'état général, et en particulier la pulmonie.

Tout d'abord, nous pourrons essayer des injections, dans la fistule, d'éther iodoformé, nous connaissons l'influence heureuse de ce dernier médicament ; avec du sublimé, nous pourrons arriver à guérir des lésions assez avancées.

D'autres fois, si le point de départ est osseux ou très profond, il faudra employer des moyens plus énergiques : incision, curettage, extirpation de séquestre, cautérisation au thermocautère ou aux agents chimiques (chlorure de zinc, permanganate de potasse, etc).

Si nous accompagnons ce traitement d'une médication reconstituante, nous guérirons souvent le malade et éviterons ainsi l'inconvénient d'une tuberculisation cutanée secondaire.

A cela, on pourra nous répondre que tout danger n'est pas écarté, puisque souvent le lupus se développe sur la cicatrice. Oui, certes, mais raison de plus pour guérir la fistule le plus tôt possible, diminuant ainsi les chances d'inoculation à la peau.

Mais parfois, la lésion primitive ayant été mal soignée et le malade étant débilité, une tuberculose cutanée se développera au niveau d'une lésion bacillaire primitive. Comment agirons-nous pour empêcher d'abord l'extension du mal envahissant et pour détruire ensuite ce dernier ?

Nous n'insisterons pas longuement sur le traitement des tuberculoses cutanées. Que celles-ci soient consécutives à une lésion profonde ou qu'elles soient primitives, les moyens de traitement sont les mêmes. Tout au plus si dans le premier cas, aux soins nécessités par le lupus, il faudra ajouter ceux que l'état de la fistule demande.

Nous allons passer cependant en revue les divers moyens qui peuvent être successivement ou simultanément employés.

Nous devons faire remarquer tout d'abord que les résultats ne correspondent pas toujours aux efforts, ce qui peut paraître étonnant ; les bacilles étant très rares au niveau du lupus devraient être facilement détruits ; il n'en est rien cependant.

Nous ne parlerons pas du traitement général, qui est le même que celui déjà décrit par nous au chapitre de la prophylaxie ; arrivons donc au :

Traitement local. — Méthode non sanglante

1° Injections hypodermiques locales (glycérine iodée, sublimé, chlorure de zinc, naphtol camphré) ;

2° Massage agissant par auto-tuberculisation (Unna) ;

3° Badigeonnage au gaïacol, huile de foie de morue (Unna).

Ces moyens sont inconstants et, somme toute, peu recommandables.

Caustiques chimiques et emplâtres

Arsenic (pâte d'Hébra).
Chlorophénols.

Permanganate de potasse.
Résorcine.

Les deux derniers agents sont assez actifs, les chlorophénols ne donnent pas de bons résultats (Brousse).

Moyens physiques. — Air chaud (Hollænder), électrolyse. Cautères employés en masse (Ecole de Lyon) ou thermocautérisation fragmentée sur les nodules (Hébra, Kaposi, Jean Besnier). La galvanocautérisation est un moyen très sûr et très pratique.

La photothérapie, qui a l'inconvénient de nécessiter une coûteuse installation dans bien des cas, est un bon moyen qui ne mérite peut-être cependant pas l'enthousiasme des conclusions du Dr Théron (Photothérapie et Lupus). « Dans la thérapeutique du lupus, la photothérapie est la méthode qui donne les résultats les plus constants et les plus satisfaisants ».

En effet, il est un autre ensemble de moyens de traitement du lupus qui amène fréquemment à la guérison : *c'est la méthode sanglante.*

1° Cure radicale (Péan, Hébrar, Popper, Thiersch, Nélaton, Berger, Broca, etc.). — Bonne intervention quand le lupus est petit et que le sujet ne présente pas de bacillose pulmonaire avancée.

2° Raclage, curettage. — A employer dans les cas de lésions étendues. Et nous arrivons alors à la meilleure des interventions sanglantes, *la scarification linéaire et quadrillée de Vidal.* Elle peut, en effet, s'employer dans à peu près tous les cas, donne de jolies cicatrices et restreint les chances de récidive. On lui a reproché de lancer dans l'organisme, par les vaisseaux ouverts, le bacille cantonné d'abord dans le lupus

et de faciliter ainsi la généralisation. Une étude sérieuse des statistiques permet d'infirmer une pareille objection.

Il existe enfin la méthode mixte, qui, à l'aide d'association de divers ordres de moyens, amène parfois des guérisons impossibles à l'emploi d'un seul moyen, sanglant ou non.

Dans les cas de tuberculose verruqueuse (Obs. I), le curettage suivi de cautérisation est le seul moyen utilisable, les systèmes anodins étant sans action contre des téguments aussi épaissis.

CONCLUSIONS

I. — « L'inoculation de la tuberculose à la peau, secondaire à des foyers profonds ou sous-cutanés tuberculeux », sujet de notre thèse, est un problème soulevé seulement en 1880. Cette inoculation paraît maintenant mise hors de doute.

II. — Tubercule anatomique, tuberculose verruqueuse, lupus scléreux, lupus vulgaire sont des degrés divers de la tuberculose cutanée.

III. — Le développement d'un lupus au niveau d'une fistule tuberculeuse est une preuve de plus en faveur de la nature tuberculeuse du lupus. On n'a jamais constaté de lupus érythémateux au niveau d'une fistule tuberculeuse.

IV. — L'ouverture des ganglions, de gommes et d'affections ostéoarticulaires tuberculeuses à la peau est susceptible de provoquer au niveau de la fistule le développement d'une tuberculose cutanée. Cette dernière peut naître au niveau d'une cicatrice de fistule bacillaire; c'est même le cas le plus fréquent.

Les fistules venant d'une tuberculose viscérale peuvent être, quoique très rarement, le point de départ de tuberculoses cutanées.

V. — Le diagnostic du point de départ est parfois difficile, surtout dans les cas de lésions développées au niveau des cicatrices.

VI. — Le pronostic est souvent aggravé par le mauvais état de la peau qui entoure les fistules et par les troubles de trophicité des régions voisines.

VII. — Le traitement doit être prophylactique.

Il consiste à fortifier l'état général et à empêcher l'inoculation secondaire par l'antisepsie la plus rigoureuse.

Quand le lupus vulgaire est développé, on applique le traitement curatif. Le plus pratique nous paraît être, selon les cas, la photothérapie ou la scarification linéaire et quadrillée de Vidal.

Dans les cas de tuberculose verruqueuse, le seul traitement utile est le curettage de la lésion suivi de la thermocautérisation.

BIBLIOGRAPHIE

Adenot. — Origine osseuse de certaines ulcérations tuberculeuses. *Revue de chirurgie*, oct. 1893, p. 832.

Anderson (Maclall). — Lecture XVI on *Clinical medecine*, 1877.

Auclair. — Étude expérimentale sur le poison du bacille humain. Thèse de Paris, 1897.

Arloing. — *Revue de médecine*, 10 février 1883.

Arnozan. — *Archives d'ophtalmologie*, 1891, p. 496.

Barette. — Congrès pour l'étude de la tuberculose, 1888. Sur le traitement des manifestations externes de la tuberculose.

Brousse et **Ardin-Delteil.** — *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, novembre 1900, n° 11.

Besnier et **Doyon.** — Annotations du traité des maladies de la peau, de Kaposi, t. 2, p. 433.

Besnier. — Le lupus et son traitement. *Annales de dermat. et syphil.*, 2e série, t. IV, p. 402. Paris, 1883.

Cornil et **Babès.** — Société anatomique, juillet 1883.

Blayac.— Du traitement du lupus par l'extirpation.—Thèse de Montpellier, 1902.

Cronier.— De l'inoculation secondaire de la peau par les foyers tuberculeux sous-cutanés ou profonds.—Thèse de Paris, 1888, n° 309.

Dandois (de Louvain), — *Revue médicale de Louvain*, 1886.

Demme.— Lupus und Tuberculose. *Viertel Jahrschrift für. Derm. und. Syphil.* (1887).

Doutrelepont. — Die Œtiologie des Lupus vulgaris. *Archiv. derm. et syph.*, 1884.

Dubois-Avarith. — Du lupus vulgaire. — Thèse d'agrégation de Bruxelles, 12 décembre 1890.

Du Castel. — Tuberculoses cutanées. 1898. Paris.

H. Duret (de Lille). — Congrès pour l'étude de la tuberculose. Note sur la caséotuberculose des ganglions lymphatiques et leur traitement.

Esmarch. — *In* Chirurgie de Pitta et Billroth.

Elsenberg.— Ueber die Behandlung des Lupus mittelst Parachlorophenol. *Archiv. fur Dermat. et Syph.*, 1894. Beil. XXVIII, p. 101.

Féréol. — Soc. méd. des hôp., 12 juin 1874.

Forgues et **Reclus.** — Thérapeutique chirurgicale, 1898, p. 626.

Hanot. — Société médicale des hôpitaux, 22 février 1884. Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée. *Archives de physiol.*, 1886.

Himmel. — Tuberculose et lupus. — Thèse de Kazan, 1900.

Hartmann. — Contribution à l'étude de la tuberculose anale. *Revue de chirurgie*, 1894.

Jeanselme. — Congrès pour l'étude de la tuberculose, 1888.

Jadassohn. — 1° Ueber Inoculationslupus; *Virchow's Archiv.*, 1890. 2° Encyclopédie des Haut-und Geschlechtskrankheiten, 1900.

Kœnig. — 14e Congrès de la Société allemande de chirurgie, 9 avril 1885.— *Semaine médicale*, n° 18, p. 156.— *Semaine médicale*, 12 mai 1886, p. 202.

Kaposi. — Maladies de la peau, 2e édition, 1891.

Koch. — Deutsche med. Wochschr., 13 novembre 1890, n° 46.

Lefèvre (A.). — Sur la tuberculose par inoculation cutanée chez l'homme.— Thèse de Paris, 1888.

Leloir. — Clinique de la Faculté de Lille. De la scrofule et de la tuberculose étudiée en particulier au point de vue dermatologique (*Bull. médic.*, 4 juillet 1888, n° 53, p. 876). — *Journal des connaissances médicales*, 1887.— Traité pratique et thérapeutique de la tuberculose. Paris, 1892, p. 283. — *Annales dermatologiques*, 1891, juillet. Lupus et tuberculose.

Lailler et **Mathieu.** — Lupus et tuberculoses cutanées. *Archiv. gén. de médec.*, 1886.

Lejars. — Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose, 1891.

Longuet. — Article : *Lupus*, dans la Pratique dermatologique, t. III, 1903.

Liot et **Gautier.** — Société anatomique, 1888, p. 227.

Liouville. — Société anatomique, 1874.

Martin du Magny.— Inoculation tuberculose chez l'homme.— Thèse de Paris, 1885, n° 61.

Martineau. — Société médicale des Hôp., 2 mai 1874.

Mollière. — Traité des maladies du rectum. Paris, 1877.

Morel-Lavallée. - Scrofulotuberculose de la peau. Etudes expérimentales et cliniques publiées sous la direction de Verneuil. 1888-1890, t. II, p. 125. — Deux cas de tuberculose verruqueuse de la peau. *Annales de dermatologie,* 1888.

Neuman.—Traité des maladies de la peau, traduit par G. et E. Darin. Paris, 1880.

Ollier. — Traité des résections, t. III, p. 718.

Péan et **Malassez.**— Etude clinique sur les ulcérations anales. Paris, 1871.

Pilliet. — Etude sur les lésions diffuses des membres dans la tuberculose articulaire. *Arch. de méd.*

Pollosson.— *Province médicale*, 9 juillet 1887.

Prioleau (de Brives).— Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose, 1891.

Quénin. — Congrès pour l'étude de la tuberculose. Sur le traitement des tuberculoses locales, 1888.

Quinquaud. — Thèse d'agrégation de Paris; Concours 1883.

Raymond. — Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée par inoculation directe. *France médicale,* n°s 99, 101, 1886.

Reclus (P.). — Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. Fongus tuberculeux du testicule, p. 472.

Redard (P.). -- Congrès pour l'étude de la tuberculose, 1888.

Renouard.— Du lupus et de ses rapports avec la scrofule et la tuberculose.— Thèse de Paris, 1884.

Riehl. — Viertel Jahrschrift für Dermat. ind Syphil., 1886.— Wien. med. Woch., n°s 44 et 45, 1881 ; — in Merklen. *Ann. de dermatologie*, n°s 9 et 10, 1880.

Ritzo (B.-P.). — Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée, des ulcérations tuberculeuses.— Thèse de Paris, 1887.

Sack. — Tuberculoses verrucosae cutes. Riehl-Paltauff Monatshefte fur pract. Dermat. XXX, n° 10.

Schaecman. — Portes d'entrée et voies de propagation des bacilles de la tuberculose. *Archiv. gén. de médecine*, 1885.

Spillman.—Tuberculose du tube digestif.—Thèse d'agrégation, 1878.

Tauffer. — Beitrag für Pathogenese und Histogenese des Lupus. Monatshefte für pratik. Dermatologie. août 1898, n° 4.

Théron. — Photothérapie et lupus. Montpellier, 1983.

Thibierge. — Société médicale des hôpitaux, 15 mai 1896.

Toussaint. — Comptes rendus de l'Acad. des sciences, 8 août 1881.

Tscherning. — Inoculationstuberculose bei Menschen. Fortschr. der Medizin, 1885, n° 3, p. 65 et *Ann. dermat.*, 4 nov. 1885.

Unna. — Histopathologie der Hautkrankheiten.

Verneuil. — Ulcérations tuberculeuses du moignon. Etudes expérimentales et chimiques de tuberculose, 1887.

Vidal. — Du lupus. Paris, 1879.— *Annales dermat.*, t. IV, p. 417, août 1883.

Walsch.— Thèse. *British Journal of. dermat.*, décembre 1894. VI.

Wolters. — Ueber Inoculationslupus. Deutsche med. Woch., 1892, p. 808.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 13 avril 1904.
Le Recteur :
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 12 avril 1904.
Le Doyen :
MAIRET.